



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



INFLUENCIA DE LA
COMPETENCIA RELACIONAL DE
LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA
EN EL APRENDIZAJE DE SUS
PRÁCTICAS CLÍNICAS

Antonia Inmaculada Zomeño Ros

Tesis Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

**UNIVERSIDAD DE ALICANTE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA
RELACIONAL DE LOS ALUMNOS DE
ENFERMERÍA EN EL APRENDIZAJE DE SUS
PRÁCTICAS CLÍNICAS**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANTONIA INMACULADA ZOMEÑO ROS

2015

D. LUIS CIBANAL JUAN, Catedrático de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante.

CERTIFICA:

Que Dña. Antonia Inmaculada Zomeño Ros, Diplomada y Master en Ciencias de la Enfermería, ha realizado bajo mi dirección el trabajo de tesis titulado: **INFLUENCIA DE LA COMPETENCIA RELACIONAL DE LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA EN EL APRENDIZAJE DE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS**, reúne, a mi criterio, las condiciones necesarias para su presentación, lectura y defensa pública ante la Comisión correspondiente para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Alicante.

Lo que firmo en Noviembre 2015

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

"Tú ves a las personas y a las cosas, no tal como ellas son, sino tal como eres tú. Si quieres verlas tal como ellas son, debes prestar atención a tus apegos y a los miedos que tales apegos engendran".

Anthony de Mello.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

AGRADECIMIENTOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

A mis hijos Jesus y Pablo, maestros que me enseñan cada día, a los que amo con todo mi corazón, y agradezco su comprensión por esos momentos en los que sentí, que dejaba un hueco de atención hacia ellos para dedicarlo a la tesis de mi vida.

A mi marido Jesus, que me acompaña en este viaje, quien con su dosis de humildad, cariño y entrega me enseña a saber amar y a ser mejor cada día.

A mis padres, por tanta ayuda sin esperar nada a cambio, por enseñarme la importancia del trabajo en el día a día, y educarme a ser y estar.

A mi hermana que siempre me ha animado para que siga adelante, a la que agradezco que haya estado cerca cuando la he necesitado.

A mi querido amigo y compañero José Luis, el que me inició en este mundo de las relaciones interpersonales, al que le debo horas de dedicación, de ayuda y de trabajo, es difícil expresar con palabras mi agradecimiento hacia una persona que ha nacido y se ha formado para ser competente en las relaciones.

A mis compañeras y amigas Lola, Sonia, Raquel y M^a Dolores, mujeres sagradas, enfermeras compasivas.

A mis compañeras de la Unidad de Nutrición Carmela, Mercedes, Maribí, Noelia, Fátima, Chus y M^a Dolores, las que me han nutrido de apoyo y cariño en los momentos de flaqueza.

A aquellos compañeros de la Unidad de Cirugía y a la supervisora M^a Dolores que han contribuido a que esta tesis llegara a su fin.

A todos los alumnos del mundo, y a los que en concreto han colaborado en este trabajo, con su magia e inocencia son protagonistas en esta escuela de vida, sin ellos no hubiera sido posible.

A aquellos maestros y amados, los ángeles de mi vida que me han guiado cuando estaba desvalida ayudando a levantarme una y otra vez. Mostrándome esas sombras en forma de emociones y sentimientos, invitándome a reflexionar y a reaccionar.

Y por supuesto a mi Director de tesis, el Dr. Luís Cibanal por haber confiado en mí y en mi proyecto, pese a la difícil tarea que tenía, una materia y una alumna complejas.

ÍNDICE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ÍNDICE

	Página
<u>1.-INTRODUCCIÓN</u>	25
1.1.-DEFINICIÓN DE COMPETENCIA RELACIONAL.	25
1.2.-LA NECESIDAD DE COMPETENCIA RELACIONAL.	29
<u>2.-JUSTIFICACIÓN</u>	33
<u>3.-HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</u>	43
3.1.-HIPÓTESIS.	43
3.2.-OBJETIVOS.	44
3.2.1.-OBJETIVO GENERAL.	44
3.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	44
<u>4.-ESTADO DE LA CUESTIÓN</u>	55
<u>5.-MARCO REFERENCIAL</u>	84
5.1.-MARCO CONCEPTUAL	88
5.1.1.-LA COMUNICACIÓN.	89
5.1.2.-LA INTERACCIÓN.	90
5.1.3.-LA PERSONA.	90
5.1.3.1.-LA PERSONA: PACIENTE.	90
5.1.3.1.1.-LA SALUD.	91
5.1.3.2.-LA PERSONA: EL ALUMNO.	92
5.1.3.2.1.-LA MOTIVACIÓN.	94
5.1.3.3.-LA PERSONA: EL DOCENTE.	95
5.1.3.3.1.-LA EVALUACIÓN INTERMEDIA.	96
5.1.3.3.2.-LA CRÍTICA.	96
5.1.3.3.3.-EL PREJUICIO.	97
5.1.4.-LA RELACIÓN Y EL CUIDADO.	97
5.1.4.1.-LA RELACIÓN.	97
5.1.4.1.1.-LA RELACIÓN DE AYUDA.	98

La Competencia Relacional	Indice
5.1.4.1.1.1.-LA EMPATÍA.	99
5.1.4.1.1.2.-LA ECPATÍA.	99
5.1.4.1.1.3.-EL FEEDBACK.	99
5.1.4.2.-EL CUIDADO.	100
5.1.4.3.-EL CUIDADO RELACIONAL.	100
5.1.5.-LA FORMACIÓN.	100
5.1.6.-LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS.	103
5.1.6.1.-EL ROLEPLAYING.	103
5.1.6.2.-EL DIARIO DE CAMPO.	103
5.1.6.3.-EL GRUPO DE DISCUSIÓN.	105
5.2.-MARCO TEÓRICO.	105
5.2.1.-TENDENCIAS CUALITATIVAS.	106
5.2.1.1.-LA ETNOGRAFÍA.	106
5.2.1.2.-LA FENOMENOLOGÍA.	107
5.2.1.3.-LA HERMENÉUTICA.	109
5.2.2.-MODELOS TEÓRICOS.	111
5.2.2.1.-HILDEGARD PEPLAU.	112
5.2.2.2.-IMOGENE KING.	114
5.2.2.3.-JOYCE TRAVELBEE.	115
5.3.-MARCO HISTÓRICO.	116
5.4.-MARCO CONTEXTUAL	119
5.4.1.-LA UNIVERSIDAD.	120
5.4.2.-EL HOSPITAL.	122
5.4.2.1.- DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL.	123
5.4.2.2.-LA ACOGIDA AL TUTOR.	126
5.4.2.3.-LA ACOGIDA AL ALUMNO.	127
5.4.2.4.-LA ACOGIDA AL PACIENTE.	128
5.4.2.5.-ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.	129
5.4.2.6.-INFORME EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS.	129
5.4.2.6.1.-EVALUACIÓN UNIDAD DE QUIRÓFANO.	129

La Competencia Relacional	Indice
5.4.2.6.2.-EVALUACIÓN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.	131
5.4.2.6.3.-EVALUACIÓN DIARIO DE CAMPO.	134
<u>6.-METODOLOGÍA</u>	<u>139</u>
6.1.-CONTEXTO NATURAL.	139
6.2.-GRUPO DE ESTUDIO.	140
6.3.-ETICA DEL ESTUDIO.	141
6.4.-ALEATORIEDAD.	142
6.5.-TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.	142
6.5.1.-LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.	143
6.5.1.1.-CUADERNO DE CAMPO.	144
6.5.2.-EL DIARIO DE CAMPO.	145
6.5.2.1.-ESTRUCTURA DEL DIARIO.	148
6.5.3.-LAS ENTREVISTAS.	150
6.5.4.-EL GRUPO DE DISCUSIÓN.	151
6.6.-FASES DEL ESTUDIO.	153
6.6.1.-FASE 1ª. DE TRABAJO CON EL ALUMNO.	154
6.6.2.-FASE 2ª DE COMPETENCIA RELACIONAL.	174
6.7.-ASPECTOS NEGATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	181
<u>7.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</u>	<u>187</u>
7.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	187
7.1.- CATEGORÍA 1ª: VALOR Y SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS.	189
7.1.1.- LA IMPORTANCIA Y LA IGNORANCIA DEL FEEDBACK.	189
7.1.2.-CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO COMPETENCIA RELACIONAL.	190
7.1.2.1.-NO SABER QUÉ DECIR.	190
7.1.2.2.-NECESIDAD DE APOYO EN OTROS CONCEPTOS PARA DEFINIR LA COMPETENCIA RELACIONAL.	191
7.1.3.-CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO DE RELACIÓN DE AYUDA.	192

7.1.3.1.-DEFINICIÓN ERRÓNEA E INCOMPLETA DEL TÉRMINO RELACIÓN DE AYUDA.	193
7.1.3.2.- LOS ALUMNOS UTILIZAN EJEMPLOS PARA DEFINIR LA RELACIÓN DE AYUDA	194
7.1.4.-CONOCIMIENTO DE TÉRMINOS QUE NOS ACERCAN A LA RELACIÓN DE AYUDA.	195
7.1.4.1.-LA ESCUCHA ACTIVA.	196
7.1.4.2.-LA EMPATÍA.	196
7.1.4.2.1.-PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO.	197
7.1.4.2.2-LA EMPATÍA ES UNIDIRECCIONAL.	198
7.2.-CATEGORÍA 2ª: EL ESTILO DE RELACIÓN QUE EMPLEA EL ALUMNO EN EL EJERCICIO DE ROLEPLAYING.	199
7.2.1.-LA DISPOSICIÓN DEL ALUMNO.	200
7.2.1.1-EL ALUMNO SE CENTRA EN LA PERSONA.	200
7.2.1.2.-EL ALUMNO SE CENTRA EN EL PROBLEMA.	200
7.2.2--EL USO DE PODER DEL ALUMNO COMO AYUDANTE.	201
7.2.2.1.-ACTITUD DIRECTIVA DEL ALUMNO.	201
7.2.2.2.-ACTITUD FACILITADORA DEL ALUMNO.	202
7.2.3 -ESTILOS DE RELACIÓN QUE UTILIZA EL ALUMNO.	203
7.2.3.1.-ESTILO AUTORITARIO.	203
7.2.3.2.-ESTILO DEMOCRÁTICO.	204
7.3.3.-ESTILO PATERNALISTA.	205
7.3.4.-ESTILO PARTICIPATIVO.	206
7.3.- CATEGORÍA 3ª: LA EMPATÍA TERAPÉUTICA.	207
7.3.1.-LA RESPUESTA EMPÁTICA.	208
7.3.1.1.-RESPONDE AL CONTENIDO	208
7.3.1.2.-RESPONDE A LOS SENTIMIENTOS.	208
7.3.1.3.-RESPONDE AL CONTENIDO Y A LOS SENTIMIENTOS.	209
7.3.2.- GRADO DE COMPRENSIÓN EMPÁTICA QUE PRESENTA EL ALUMNO.	209
7.3.2.1.-NIVEL I.	210

La Competencia Relacional	Indice
7.3.2.2.-NIVEL II.	211
7.3.2.2.-NIVEL III.	212
7.3.2.2.-NIVEL IV.	212
7.3.2.2.-NIVEL V.	213
7.4.- CATEGORÍA 4º: EL INTERÉS QUE MUESTRA EL ALUMNO EN MATERIA RELACIONAL.	213
7.4.1.-EL INTERÉS POR CONOCER EL TÉRMINO COMPETENCIA RELACIONAL.	213
7.4.2.-APRECIACIÓN DEL ALUMNO SOBRE SU COMPETENCIA RELACIONAL.	216
7.4.2.1.-COMPETENCIA RELACIONAL PERCIBIDA Y SENTIDA.	217
7.4.2.2.-COMPETENCIA RELACIONAL CONCEBIDA.	218
7.4.2.3.- LA COMPETENCIA RELACIONAL REFLEJADA.	220
7.4.3.- EL ALUMNO Y LA NECESIDAD DE FORMACIÓN EN COMPETENCIA RELACIONAL.	222
7.4.4.-REFERENCIAS EN EL DIARIO DE CAMPO.	222
7.4.4.1.-REFERENCIA DESCRIPTIVA. GRADO I.	225
7.4.4.2.- REFERENCIA REFLEXIVA. GRADO II.	225
7.4.4.3.-REFERENCIA DE ANÁLISIS. GRADO III.	226
7.5.- CATEGORÍA 5º: EL AUTOCONOCIMIENTO.	228
7.5.1.-LA RELACIÓN CONSIGO MISMO.	229
7.5.1.1.-EL ROL DE ESTUDIANTE.	231
7.5.1.2.-EL ROL DE ENFERMERO.	233
7.5.1.3.-LA LÍNEA PERSONAL Y PROFESIONAL.	234
7.5.1.4.-LOS SENTIMIENTOS EN LA ACOGIDA.	237
7.5.1.5.-LA ESTANCIA EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICAS.	237
7.5.1.6.-LA ESTANCIA DURANTE LAS PRÁCTICAS.	238
7.5.1.7.-LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.	239
7.5.1.8.-LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE QUIRÓFANO.	240
7.5.1.9.-LA REFLEXIÓN FINAL DE LAS PRÁCTICAS.	244
7.5.2.-LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.	244

La Competencia Relacional	Indice
7.5.2.1.-LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.	245
7.5.2.1.1.-LA RELACIÓN CON LA FAMILIA.	248
7.5.2.2.-LA RELACIÓN CON EL EQUIPO.	250
7.5.2.3.-EL TUTOR Y LA RELACIÓN.	252
7.5.2.3.1.-COMUNICACIÓN CON EL TUTOR. EL ALAGO.	253
7.5.2.3.2.-COMUNICACIÓN CON EL TUTOR. LA CRÍTICA.	254
7.6.- CATEGORÍA 6^a: LA FORMACIÓN.	256
7.6.1.-EL ALUMNO DETECTA SI ESTÁ FORMADO O NO EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.	256
7.6.2.-LA COMPETENCIA RELACIONAL COMO PARTE DEL CURRÍCULUM UNIVERSITARIO.	257
7.6.3.-EL TUTOR Y LA FORMACIÓN.	260
7.6.4.-EL TIEMPO Y LA FORMACIÓN.	261
7.6.5.-HERRAMIENTAS PARA LA FORMACIÓN.	262
7.6.5.1.-EL ROLEPLAYING.	263
7.6.6.2.-EL DIARIO DE CAMPO	264
7.6.6.3.-LA ENTREVISTA UN ANTES Y UN DESPUÉS	265
7.6.6.-LA EXPERIENCIA Y LA FORMACIÓN DAN FORMA AL APRENDIZAJE	266
8.-CONCLUSIONES	273
8.1.- DETECTAR CARENCIAS Y/O HABILIDADES QUE INTERFIERAN EN LA COMPETENCIA RELACIONAL DE LOS ALUMNOS.	273
8.2.-ANIMAR A LOS ALUMNOS A QUE UTILICEN ESTRATEGIAS ADECUADAS PARA FAVORECER LA RELACIÓN DE AYUDA ANTE LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE SE LES PRESENTAN.	273
8.3.- VALORAR LA FORMACIÓN QUE CAPACITA AL ALUMNO PARA ELEGIR LOS RECURSOS QUE CONTRIBUYEN A SU INTEGRACIÓN EN EL CONTEXTO RELACIONAL DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.	274
8.4.- INCENTIVAR AL ALUMNO A QUE INCORPORE EL INTERÉS POR LA COMPETENCIA RELACIONAL COMO PARTE ESENCIAL DEL CUIDADO.	274

8.5.- CONTRIBUIR, FACILITAR A QUE EL ALUMNO DESCUBRA E INTEGRE VALORES ENCAMINADOS A UNA MAYOR HUMANIZACIÓN.	274
8.6.- CONSEGUIR QUE LOS ALUMNOS ESTABLEZCAN UNA RELACIÓN MÁS COMPETENTE, EFICAZ Y GRATIFICANTE, CON EL PACIENTE.	274
<u>9.-PROPUESTAS DE MEJORA</u>	<u>281</u>
9.1.- LA UNIVERSIDAD.	281
9.2.- EL HOSPITAL.	282
<u>10.-BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>287</u>
<u>11.-ANEXOS</u>	<u>309</u>
11.1.-ANEXO I. ENTREVISTA PROFESORA-ALUMNA.	309
11.2.-ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	317
11.3.-ANEXO III. CONCLUSIONES DESARROLLADAS.	319
11.4.-ANEXO IV. LA EVALUACIÓN DEL DIARIO DE CAMPO EN MATERIA RELACIONAL.	329
ANEXO V. CARTA A LOS TUTORES.	337

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.- INTRODUCCIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.-INTRODUCCIÓN

1.1.-DEFINICIÓN DE COMPETENCIA.

1.2.-LA NECESIDAD DE COMPETENCIA RELACIONAL.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1.-INTRODUCCIÓN

“Al retirar el esfigmomanómetro el paciente estaba llorando, en ese momento no sabía cómo afrontar la situación, así que decidí quedarme a su lado y preguntarle el porqué de su llanto, anteriormente ya había hablado con él y conocía su preocupación, pero nunca le había visto tan afectado. Me quedé con él hasta que se tranquilizó y le propuse las soluciones que estaban en mi mano. Él confió en mí, me contó sus miedos y preocupaciones más fuertes. Para mí esto es algo muy importante como estudiante de enfermería, me hizo sentir útil con mi actuación y mi forma de afrontar la situación, me hizo sentir útil como persona”. Este texto literal es uno de los cientos de comentarios fruto de la experiencia de una alumna en sus prácticas clínicas de enfermería. A partir de situaciones como la anterior, me planteo la importancia que tiene la competencia relacional en la formación del alumno de enfermería durante el desarrollo de las prácticas hospitalarias.

Con este trabajo pretendo observar, analizar y evaluar la formación en competencia relacional en un grupo de población específico: los alumnos de enfermería de tercer curso de grado de la Universidad, en un contexto determinado, como es el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, en un momento donde la novedad y unicidad para los alumnos son características del encuentro que se produce entre profesionales, pacientes y entorno. En el inicio de sus prácticas clínicas, aunque cada alumno tenga o haya tenido experiencia en hospitales más o menos personales, desde el punto de vista académico es donde confluyen conocimiento, habilidades y actitudes. Consecuentemente, es vital que profesores y alumnos encontremos ese continuum enseñanza-aprendizaje que realmente nos confiera la satisfacción de trabajar buscando la excelencia.

1.1.-DEFINICIÓN DE COMPETENCIA.

En primer lugar quiero hacer referencia al concepto de competencia, desglosarlo y analizarlo desde la perspectiva de diversos autores. Para ello nos remontamos a sus orígenes que nos llevan a conocer su raíz “ikano”, derivada de “iknoumai” que significa llegar, en griego “ikanos” hace referencia a: capaz, tener destreza, habilidad de conseguir algo. En latín, “competens” es concebido como ser capaz.

El término competencia tiene una larga historia, por lo que no es sorprendente que ser profesionalmente competente, ser suficientemente capaz y poder desempeñar ciertas tareas haya sido y sea una aspiración a lo largo de los tiempos. El concepto de competencia en materia de área académica, comenzó a utilizarse en los años 70 (Weigel y Mulder, 2007).

El uso institucionalizado de la competencia, en el desarrollo de la formación profesional, es un fenómeno reciente que ha aparecido mezclado con otras innovaciones, como la introducción del autoaprendizaje, la integración de teoría y práctica, la validación del aprendizaje previo y de las nuevas teorías de aprendizaje tales como el aprendizaje auténtico, el constructivismo social y la construcción del

conocimiento. El concepto de competencia muestra interés, por tanto, en los objetivos significativos y en el contenido del aprendizaje que constituirá el desarrollo personal de los estudiantes y su posición en el dominio del conocimiento que mejor los prepare para funcionar de una manera efectiva en la sociedad, (Mulder, Weigel y Collings 2007).

Existen distintos enfoques del concepto de competencia, entre los que cabe destacar tres tradicionales principales en la investigación sobre la competencia desde mediados del siglo pasado (Norris, 1991; Eraut, 1994; Wesselink et al, 2005). El enfoque conductista, el enfoque genérico y el enfoque cognitivo.

Dentro del enfoque conductista encontramos una serie de características definitivas como son la demostración, la observación y la evaluación de los comportamientos o conductas. Las competencias son aquellas características de una persona que están relacionadas con el desempeño efectivo de un trabajo y pueden ser comunes en otras situaciones (Delamare Le Deist & Winterton, 2005; Spencer & Sepencer 1993; Gonczi, 1994).

El enfoque genérico está más dirigido a identificar las habilidades comunes que explican las variaciones en los distintos desempeños. La competencia en este sentido, está más relacionada “con un desempeño global que sea apropiado a un contexto particular. No se trata de seguir recetas simplistas” (Hager, 1998).

El enfoque cognitivo incluye todos los recursos mentales que los individuos emplean para realizar las tareas importantes, adquirir los conocimientos y conseguir un buen desempeño (Weinert, 2001). Este enfoque se utiliza a veces simultáneamente con las habilidades intelectuales o con la inteligencia. Se ha ampliado el concepto de competencia-desempeño hasta abarcar a las competencias “sociales” o “emocionales”, de tal manera que “la competencia” ha reemplazado al término original, “inteligencia”. El enfoque cognitivo sobre el desarrollo de la competencia se yuxtapone al enfoque socio-constructivo.

Estos tres enfoques marcan la línea de nuestra investigación, ya que pretendemos conocer características del alumno como la demostración, la observación y la evaluación en sus prácticas clínicas (saber hacer), identificar sus habilidades en estilo relacional y el grado de empatía empleado en la relación con el paciente (saber ser) y además conocer los recursos con los que cuenta para llegar al conocimiento (saber).

Hodkison e Issi, (Hodkinson & Issi, 1995) formularon las directrices que tienen por objetivo la utilización eficaz de las competencias en la educación, resaltando aspectos esenciales como la enorme importancia de la autorización, el diálogo continuo entre el estudiante y el tutor, la necesidad de actuar sobre las prácticas así como sobre las tareas multidisciplinares a las que el estudiante tiene que hacer frente. El enfoque socio-constructivo se centra en las competencias necesarias para tener éxito en la sociedad como la competencia del aprendizaje, la cooperación, la solución de problemas, el procesamiento de la información, afrontar la incertidumbre, la toma de decisiones en función de una información incompleta, la valoración del riesgo y el

desarrollo de la competencia colaborativa como sinónimo de aprendizaje socio-constructivo.

Además de los enfoques que comprende el concepto de competencia, diversos autores la definen como “la habilidad de ejecutar tareas y roles que son requeridos en función de unos estándares esperados” (Eraut, 2003) (1), “la competencia se refiere a la capacidad de una persona para actuar” (Arnold & Schüssler, 2001) (2), “la competencia ha de entenderse como conocimiento, habilidades y cualidades en acción” (Mandon & Sulzer, 1998), “la competencia se entiende como la capacidad de una persona para alcanzar logros específicos” (Mulder, 2001) (3). El centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional define competencia como la capacidad para usar el conocimiento en la práctica.

De todas las definiciones sobre competencia, podemos concluir que el concepto de competencia es multidimensional y el uso específico de éste depende del contexto en el que se utilice. Por ello cuando hablamos de competencia relacional debemos aplicar la definición de competencia a las relaciones entre personas, en entornos y situaciones diversas que se nos plantean en el día a día en la práctica clínica.

Desde mi punto de vista, la competencia relacional hace referencia a las estrategias que regulan de forma interactiva la comunicación, en función de la situación, de la intención y de los roles de los interlocutores, donde la comunicación sea la base sobre la que se asiente la acogida de toda persona y, en especial, de la que se encuentra en una situación especial, de necesidad, de cuidado relacional. Si nos manejamos en estos términos estaremos dotados y cualificados para ser más competentes relationalmente hablando y así establecer la relación de ayuda.

Por ello, me quedaría con las siguientes definiciones que nos ofrece José Carlos Bermejo: “La competencia relacional es el objetivo fundamental de la relación de ayuda, está formada por un conjunto de conocimientos ‘Saber’, la capacidad de llevarlos a la práctica ‘Saber hacer’ y por las actitudes que nos permiten establecer buenas relaciones humanas con el que sufre ‘Saber Ser’” (Bermejo, 1998).

(1) *Esta definición expresa competencias como el dominio de estándares sociales esperados.*

(2) *En este sentido, la competencia se entiende de manera holística y comprende no solo contenidos o áreas de conocimiento, sino también habilidades centrales y habilidades genéricas.*

(3) *Mulder se basa en investigaciones relevantes sobre la formación profesional, el desarrollo y la gestión de los recursos humanos.*

Consecuentemente si aplicamos lo dicho anteriormente a la profesión enfermera, podemos afirmar que la competencia relacional viene dada especialmente por la adquisición de conocimientos, el entrenamiento en habilidades y la interiorización de aptitudes que nos permitirían manejarnos con soltura en lo que podríamos llamar “ética de la cotidianeidad” (4), o las relaciones habituales en el ejercicio de la profesión de Enfermería. Cuanto más compleja es la situación conflictiva del paciente o familiar, tanto mayor habrá de ser la competencia relacional (Bermejo, 1999).

Asimismo, entendemos por competencia emocional la habilidad de conocer y tratar con el mundo de los sentimientos para ser dueños de ellos y que no sean ellos los dueños nuestra propia conducta. Sin duda, en los casos de conflicto ético es fácil que el mundo de los sentimientos conduzca la conducta, convirtiéndose así en tiranos, si no son filtrados a través de la racionalidad que aporta la reflexión en torno a los valores. Los sentimientos, que tanta energía contienen, pueden llevarnos a tomar postura en los casos de conflicto movidos por la energía de nuestra ansiedad, nuestro miedo o nuestra agresividad traducida en proyección de posturas férreas (Bermejo, 1999). La competencia emocional se refiere a nuestro grado de dominio de esas habilidades de un modo que se refleje en la práctica, en el ámbito laboral.

Desde el punto de vista de las neurociencias, las competencias más exigidas en el ámbito del cerebro para que podamos aprender son denominadas como cognitivas, técnicas, relacionales y finalmente las emocionales. Es importante resaltar que “cada uno de esos campos de competencias presenta su modo de aprendizaje particular, su sistema de memoria particular y hasta sus estructuras nerviosas específicas”, o sea, demandan áreas específicas de funcionamiento del cerebro. La competencia de procedimientos se refiere a las habilidades y “se apoya en la memoria del procedimiento, o sea, en la memoria de las acciones y de los conocimientos operativos”, su función principal es el hacer (Chabot, 2005 citado por Pereira, 2013).

En este trabajo voy de la mano de un gran maestro, Luis Cibanal, recorriendo un camino que quiero conozca el lector. Me gustaría transmitir en esta tesis la ilusión y curiosidad que me acercó al mundo de las relaciones y a su vez que quien lea este trabajo se sienta cautivado como me he sentido yo. Obviamente, el mundo de los sentimientos, como iremos viendo, es muy personal aunque he de decir que no intransferible, porque creo que cuando se cuentan las ilusiones estas se transmiten, por la misma razón que empatizamos cuando la persona habla desde las emociones. Así que desde luego, pondré un gran empeño en que esto suceda.

(4) *En todas las interacciones en el ejercicio de la profesión, sobre todo en aquellos momentos en que el ayudado vive en medio de un conflicto de valores, allí donde el bien se presenta ofuscado entre algún mal inevitable o donde hay dos situaciones buenas entre las que decidir o dos malas que no se pueden evitar a la vez.*

El recorrido del que hablo comienza su partida en la justificación de la tesis y el interés por corroborar y poner a prueba, desde mi más humilde convencimiento, que aquello que queremos comunicar se puede hacer, al margen de lo agradable o desagradable de la noticia, sin herir a nadie y desde lo más profundo del ser humano, acogiéndolo en primera instancia, desde esa paz interior que a veces sentimos y que nos invade pese a que todo lo que nos rodee pueda estar en conflicto.

1.2.-LA NECESIDAD DE COMPETENCIA RELACIONAL.

Cuando nos sentimos inundados por las emociones de los demás y las que a su vez se generan en nosotros, se enciende una luz de alarma que nos puede inquietar; ahí empieza todo, aparece la necesidad de sentir si somos o no competentes en las relaciones. Es como un aviso de que algo en ese manejo de nuestras competencias no va bien o que podría ir mejor: “¿qué me pasa que no se equilibrar esta situación?”, “¿qué me pasa que me desbordo?”, o simplemente siento que le doy la espalda. Entonces, el camino por el que vamos avanzando nos ofrece dos posibilidades: desviarnos y no prestar atención a esa pequeña alarma o, por el contrario, enfrentarnos y cuestionarnos que si no estamos preparados, algo tenemos que hacer. Aunque día a día y en la preparación nos veamos aún más ignorantes que antes y muy lejos de manejarnos con la seguridad que buscamos, considero que este es el camino más acertado.

A partir de aquí todo se va ordenando, nuestra mente es la habitación que estaba desordenada y aún se desordena más. Para empezar el verdadero orden encontramos la tesis en sí misma. Por este motivo, los pasos que seguimos en el trabajo nos van colocando en el inicio del camino donde nos planteamos que el objetivo general es “demostrar la importancia de la competencia relacional en la formación y manejo de las emociones del alumno de enfermería, en el inicio, desarrollo y finalización de las prácticas clínicas hospitalarias”.

Nos cuestionamos si los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas son competentes en las relaciones que establecen con el paciente. Para ello necesito saber cómo están en este sentido, cómo viven las situaciones en las que las interrelaciones son las protagonistas. En consecuencia, el planteamiento de los objetivos específicos nos llevan a centrarnos en lo que queremos conocer y en cómo proceder: descubrir las carencias que puedan interferir, detectar cómo influyen las habilidades relacionales en el cuidado al paciente, enseñarles técnicas de comunicación, ofrecerles los recursos y que cada uno escoja aquel o aquellos que les pueden ayudar a establecer una relación más competente, ver si están motivados despertando el interés para que consideren la competencia relacional como parte fundamental del cuidado y contribuir a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización. Por ello, nuestro cuidado debe partir desde ese acogimiento a la persona. Como decía Hipócrates “No intentes curar el cuerpo sin antes haber curado el alma”.

Ante la curiosidad sobre si existe la necesidad de competencia relacional y el interés por cubrirla, queremos llenar ese espacio vacío, investigando e informándonos

sobre aquello que nos ofrecen los estudios y experiencias de otros profesionales de la salud como enfermeros, médicos, psicólogos, sociólogos...etc. Entonces, aparecen ante nuestros ojos las necesidades compartidas de otros investigadores. Su dedicación en esta materia nos da la fuerza para caminar en terreno sólido. Sabemos que no estamos solos en ese camino y aparece el apartado del estado de la cuestión en letras grandes, este apartado es un continuum, porque crece continuamente mientras el saber y el conocimiento del hombre perdure. Al principio, apenas existían publicaciones sobre el tema, pero crece el número de las mismas. Nos interesa saber todo lo que se ha estudiado sobre el tema, hasta dónde hemos investigado en esta materia y si realmente se está poniendo en práctica la evidencia del conocimiento.

En un primer momento y de forma continuada tomo posición, como observadora, de un grupo de alumnos que han iniciado el camino de una profesión, donde las personas que van a atender son pacientes y ello conlleva que sean más vulnerables que otro grupo de población por muchos factores, entre ellos, la discapacidad para llevar su vida con cierta autonomía. El marco contextual donde se desarrolla el estudio es en el hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y desde un marco teórico en el que confluyen diversas teorías como veremos en dicho apartado.

El estudio se ha llevado a cabo utilizando la metodología cualitativa, imprescindible para la compresión de los fenómenos en su entorno natural. De esta forma, nos acercaremos a las vivencias, a las motivaciones y a las valoraciones de los alumnos de enfermería, para llevar a cabo una mejor compresión de los hechos y de la realidad hospitalaria de dicho Hospital.

Después de observar y detectar las influencias y factores que influyen en sus relaciones con y para el paciente, procedo a la recopilación de los datos y su posterior análisis. Como conclusiones, he de señalar que se van configurando a lo largo del estudio. Lo que sí puedo corroborar de antemano como fruto de mi propia experiencia es que cuanto más nos introducimos en el terreno del cuidado relacional más vamos a avanzar y más llegamos a la formación, cualificación y mejora en competencia relacional.

2.-JUSTIFICACIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2.-JUSTIFICACIÓN

Toda investigación va precedida de una gran pregunta, algo que nos genera curiosidad. Como ya expliqué en el apartado anterior, este movimiento o conflicto del pensamiento y del sentimiento se convierte en necesidad. Mi pregunta se generó desde que, siendo estudiante de enfermería de la Universidad de Murcia, comencé las prácticas clínicas, es decir, cuando las clases teóricas se trasladaron a situaciones más cercanas y próximas, a la vida real. Con los exámenes no había problema ya que si dedicabas las horas de estudio necesarias, el expediente académico podía llegar a la excelencia.

No obstante, había una parte en mí que quedaba incompleta y me remonto a aquellos años en los que a veces la ansiedad me desbordaba. Recuerdo a mi primer tutor de prácticas, las palabras que empleaba, la primera técnica y los primeros pasos de mi profesión. Sin embargo, no pretendo con ello relatar mi historia de vida, sino brevemente exponer las circunstancias que generaron la elección y atracción por el tema que voy a tratar, un proyecto que intenta abordar las relaciones del ser humano, focalizadas en los alumnos de enfermería. Por ello quiero dar a ellos el protagonismo que realmente corresponde.

Antes de continuar me gustaría señalar que soy una enamorada de mi profesión, la enfermería, responsable de la calidad asistencial hacia y para la persona. Enfermería es el líder natural en el proceso de humanización básicamente por tres razones (Ferrer, 2003). Por la propia esencia de la profesión que consiste en cuidar de forma integral a la persona durante todas las etapas de la vida, desde la concepción hasta la muerte, en la salud, en la enfermedad o en la agonía, en la infancia o en la vejez. Esto se debe a que es el profesional sanitario con más contacto directo y continuado con el paciente y por ello tiene más posibilidad de Relación y Comunicación con él. También por su sensibilidad hacia las necesidades individuales de cada persona y su preocupación por los detalles cotidianos.

Mi primer trabajo como enfermera, fue en 1998, en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en el hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca”. Mi relación con los pacientes estaba centrada sobre todo en la maquinaria a la que estaban conectados y que les mantenía con vida; cuando alguno de ellos se recuperaba y comenzábamos a mantener la relación enfermera-paciente en la que existía comunicación oral, era trasladado a la unidad de hospitalización para continuar su mejoría. Mis ojos miraban sobre todo las pantallas, mis oídos atentos a los sonidos de alarma, los cuales podían generar cualquier situación de urgencia.

Una vez que controlé la mecánica y funcionamiento de aquellos dispositivos, sentía que las necesidades físicas, es decir, aquellas que mantienen al paciente con vida, estaban cubiertas, pero ¿dónde quedaban las otras necesidades, que son también básicas, como son la seguridad, la entrega, el amor, el respeto y la autoestima? Tendencias que conducen a la autorrealización (Maslow, 1995) ¿Estaban dichas necesidades realmente cubiertas? Mi cualificación en materia de emociones estaba incompleta, sentía que

“controlaba” pero mi lenguaje era pobre en traducir sentimientos. Entonces comencé a mirar al enfermo, a tocar sus manos, pese a estar en “estado de coma”, y por supuesto a seguir haciéndome preguntas como “¿me estará escuchando?”, “¿sentirá el tacto de mi mano?”...etc., me refiero a la comunicación no verbal. Las técnicas podían ser más o menos agresivas, pero en este servicio los pacientes estaban sometidos a perfusiones continuas de fármacos que les mantenían sedados y no verbalizaban su dolor. Finalmente, terminé enunciando frases que servían de introducción a dichas técnicas, les llamaba por su nombre y les indicaba mi actuación enfermera.

Cuando comencé a trabajar en unidades de hospitalización mi angustia fue diferente. Me acercaba al paciente y éste me miraba, quizás esperando mi forma de proceder, me sentía observada y no me consideraba preparada para abordar ciertas “crisis” en la persona. ¿Dónde estaba mi asignatura pendiente para establecer una relación de ayuda eficaz?. Hubo frases hechas que “me ayudaron” a salir de esas situaciones, pero más tarde comprendí que ni a mí ni al paciente nos acogían realmente. ¿Dónde quedaba mi competencia como profesional o el manejo de las relaciones? Vestida de blanco me envolvía el uniforme, tenía los conocimientos, las técnicas se perfilaban aún más con la experiencia, pero los pacientes y por supuesto sus familiares seguían mirando mis manos, mis pasos, incluso preguntaban dudas que eran fruto de temores y miedos que acechaban tras un proceso de enfermedad, la relación se establecía, aunque entrara en la habitación en silencio, “no se puede no comunicar” (Watzlawick et al, 1967), allí donde el respeto reinaba, qué difícil me resultaba acoger a esa persona que tenía una familia, una vida y una situación que en ese momento compartíamos.

Estuve atenta a cursos y exposiciones que trataban temas de comunicación o empatía. Además, he tenido la gran suerte de tener excelentes maestros en materia de relación de ayuda, a los que considero verdaderos expertos y grandes cuidadores. Al principio veía complicada la puesta en práctica de todos aquellos mensajes que acogen verdaderamente a la persona, permitiendo la expresión de sus sentimientos, pero comencé a utilizar un lenguaje más acogedor y a incentivar la escucha, ya que no siempre había algo que decir. A la vez se sucedían en mi trabajo momentos de conflicto no solo entre los propios profesionales, sino en general en las personas, seres humanos que tienen sus capacidades secuestradas. Jesús Madrid Soriano (Madrid, 1986) señala que “la idea fundamental que subyace a todo proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda relación de ayuda, debe ser una visión positiva de las capacidades de la persona para crecer y afrontar positivamente sus conflictos”.

Así que la muerte aparecía y el duelo de las familias iba de su mano. Yo, que hasta entonces solamente observaba, me encontré formando parte del guión; era una pieza del rompecabezas de la vida y fue entonces cuando comencé a hablar desde mis sentimientos, sin fórmulas magistrales como frases hechas. Por supuesto no siempre obtenía los resultados esperados, pero, ya consciente de ello, analizaba cada situación

para intentar mejorar la próxima vez. Todo estaba cambiando; antes se asomaba una lágrima ante tanto dolor. En una ocasión, una enfermera me dijo “has perdido los papeles como enfermera”. En la actualidad, si me vuelve a ocurrir sé que antes que enfermera soy persona, los sentimientos puedo traducirlos en distintas formas de expresión pero no dejar de sentirlos. Como dice Carlos Castilla del Pino “si el pensamiento se dice, el sentimiento se expresa” (Castilla del Pino, 2001).

En las relaciones interpersonales debemos prestar atención a los sentimientos de los otros, sobre todo cuando se expresan indirectamente. Si aparece una situación de conflicto, manifestar directamente nuestros sentimientos, aunque conlleve su riesgo, hará que la relación sea más intensa, más limpia y más comprensiva. En las relaciones interpersonales el lenguaje más importante es el de los sentimientos (Bermejo, 1998).

Consecuentemente, decidí implicarme y acercarme al mundo de las emociones, un lugar desconocido por el que caminar con pies descalzos, sin recursos; puede ser costoso, las piedras del camino pueden producir heridas, pero si nos adentramos en él, dicho conocimiento nos permitirá adquirir recursos para el adecuado manejo de los sentimientos. Nos familiarizaremos con ideas, conceptos y situaciones que producirán que el terreno se vaya allanando. Entonces, abonamos esa semilla que se va depositando en cada uno de nosotros y sentimos que la situación tensa, se convierte en una caricia que te brinda la vida.

Los sentimientos constituyen la verdadera esencia de la persona donde más evidente se hace nuestra humanidad; si no sentimos será difícil acceder a su dominio. Elegí una profesión donde la fragilidad humana se deriva en gran medida de la enfermedad, de la que brotan emociones y sentimientos como la ira, la rabia e incluso la alegría, donde las relaciones humanas son parte esencial del cuidado ¡Cuántos sentimientos y cuántas explosiones!, y cuando digo explosiones me refiero a emociones descontroladas, minas que dejamos en terrenos frágiles. Minas que pueden ser de oro o terribles asesinas de esperanzas. Me cuestiono si sabemos dónde colocar nuestros sentimientos y cómo darles forma, salida, como William H. Macy, uno de los actores de la película “Magnolia” que ante su homosexualidad, se sentía incomprendido, y exclamaba llorando y con los brazos entreabiertos “¡tengo tanto amor...pero no sé dónde colocarlo!” Aunque considero que la primera ubicación empieza por nosotros mismos, es decir, saber qué es lo que sentimos, ordenar y clarificar nuestros sentimientos.

Si trabajamos ese mundo de emociones y sentimientos, ofreceremos a los alumnos los recursos que les enseñen a manejar con competencia una serie de habilidades estrechamente relacionadas con las actitudes. Efectivamente, estoy hablando de la inteligencia emocional. Entre dichas habilidades emocionales se incluye la conciencia de uno mismo; la capacidad para identificar, expresar y controlar los sentimientos; la habilidad para controlar los impulsos y posponer la gratificación, así como para manejar las sensaciones de tensión y de ansiedad; la capacidad de conocer la diferencia entre los sentimientos y las acciones y la adopción de mejores decisiones

emocionales, controlando el impulso a actuar e identificando las distintas alternativas de acción y sus posibles consecuencias. Todo ello determina nuestra capacidad de autocontrol.

Los problemas emocionales pueden entorpecer el funcionamiento de la mente, los estudiantes enojados, con síntomas de ansiedad o de depresión tienen dificultades para aprender, ya que no perciben y por tanto no procesan la información adecuadamente. Un ejemplo claro es el día en el cual los alumnos van al hospital por primera vez y se disponen a comenzar las prácticas clínicas, cuando les invade la incertidumbre, el llamado día de la acogida. La acogida debe preceder todos los encuentros (Cibanal, 2014). Ese día es muy especial, se les da la bienvenida, intentamos en muy poco tiempo introducirles en la asistencia al enfermo y al equipo de enfermería y tras finalizar la sesión son ubicados en los servicios y unidades que a cada alumno le corresponde. Los profesores de prácticas clínicas indicamos verbalmente una serie de instrucciones a seguir, dando gran importancia a la entrega de todos los documentos al final de las prácticas clínicas: diario de campo, evaluación en sobre cerrado y documento de evaluación. Pese al hincapié que se hace en que todos los documentos queden entregados, los alumnos vuelven a preguntarlo una y otra vez, e incluso siempre hay algún alumno que se olvida. Considero que, en ese momento, la atención está deteriorada por el conjunto de emociones que están sintiendo. Puesto que es su primer día en el hospital, debemos reforzar la información mediante documento escrito u otra técnica, ya que así evitaremos errores y a la vez los estaremos cuidando. Si además las emociones son intensamente negativas, absorben toda la atención del alumno y aún más se obstaculiza el proceso de atención.

Los alumnos de enfermería cursan asignaturas que forman parte del contenido de la titulación que les acreditará para ejercer como profesionales cualificados, asignaturas que están recogidas en los planes de estudios actuales. Debo hacer referencia al currículum universitario de enfermería, puesto que de él emana el fundamento y es el que nos dará la comprensión teórica en la formación práctica, siendo ésta el objeto de mi estudio. Los resultados obtenidos tras analizar la formación académica que nos ofrecen las actuales diplomaturas de distintas Universidades Españolas en conversión al grado es que existe una media de 2-3 asignaturas a lo largo de toda la carrera en las que se tratan temas relacionados con la empatía, comunicación. No obstante, si nos adentramos en el contenido de estas asignaturas, existe un vacío en el que apenas se abordan temas como la conciencia de uno mismo, la autogestión, la competencia emocional, la conciencia social y la capacidad para manejar las relaciones interpersonales.

De forma empírica hemos observado que muchos de los alumnos que tienen unas notas académicas excelentes plantean similares condiciones que otros con puntuaciones inferiores en todo lo que concierne a las relaciones con los pacientes, el equipo y sus propios compañeros. Asimismo, al estudiar cómo se han mantenido esas relaciones a su llegada al mundo laboral se ha constatado, en términos de inteligencia emocional, que la inteligencia académica no ofrece la suficiente preparación para la

multitud de dificultades o de oportunidades a la que los alumnos deben enfrentarse en sus prácticas clínicas. Algunos estudios (Cobo, 2009; Fernández, 2009; Collados, 2012) ponen de manifiesto el estrés y la angustia que les generan las experiencias que emocionalmente suponen situaciones difíciles. De ello podemos deducir que mientras no se resuelva la angustia que los profesionales de enfermería tienen y que trasladan a los alumnos durante la realización de las prácticas, no se podrá alcanzar mayor nivel de satisfacción en las mismas, ni por parte de los tutores ni por parte de los alumnos.

Considero que es necesario que se eduque a los alumnos en el desarrollo de la inteligencias personales, es decir, en las inteligencias intrapersonal e interpersonal que define muy bien Howard Gardner (Gardner, 2003), para quien la inteligencia interpersonal es la que nos permite entender a los demás. Está basada en la capacidad de manejar las relaciones humanas, la empatía con las personas y el reconocer sus motivaciones, razones y emociones que los mueven. La mayoría de las actividades que a diario realizamos dependen de este tipo de inteligencia, ya que están formadas por grupos de personas con los que debemos relacionarnos. La inteligencia intrapersonal nos permite formar una imagen precisa de nosotros mismos; nos permite poder entender nuestras necesidades y características, así como nuestras cualidades y defectos. Finalmente, aunque hemos dicho que nuestros sentimientos deben ayudar a guiar nuestra toma de decisiones, debe existir un límite en la expresión de estos. Este tipo de inteligencia es funcional para cualquier área de nuestra vida.

Tanto la facultad intrapersonal como la interpersonal describen tentativas de solucionar problemas que son identificativos para el individuo y para la especie. La inteligencia interpersonal permite comprender y trabajar con los demás. La inteligencia intrapersonal permite comprenderse y trabajar con uno mismo. En el sentido individual de uno mismo se encuentran una serie de componentes interpersonales e intrapersonales.

Cuando hablamos de relaciones interpersonales tenemos que dirigir nuestro trabajo al objetivo o fin, qué es lo yo espero y qué es lo que yo quiero obtener de esa relación. Por ello quiero remarcar que nuestro objetivo es EL CUIDADO. Si queremos que los alumnos estén realmente preparados y cualificados en las relaciones que establecen con los pacientes, compañeros y equipo, es porque tenemos un objetivo final: la acción de cuidar, que es la esencia de nuestra profesión hacia el paciente y la base del ser humano hacia las personas con las que formamos un equipo.

En este trabajo pretendemos observar, analizar y por supuesto evaluar con los alumnos de enfermería las vivencias que se van sucediendo en su primer contacto con el paciente y el equipo de enfermería, llevados de la mano de profesionales que son sus tutores. Los alumnos comienzan a adquirir contacto en las relaciones con el paciente, en el mundo laboral, ya que van a adquirir experiencia y, según se refleja en el trabajo del día a día, se hace costoso poder manejar situaciones de entendimiento y comunicación con el paciente, resultando complicado si no se está preparado acoger sus sentimientos.

Una de las situaciones que mayor crisis plantea a la persona es el momento de la muerte. La teoría nos proporciona el conocimiento, por lo que sabemos las fases del duelo: negación, ira, pacto, depresión y aceptación, de las que nos habla Elizabeth Kubbler Ros, la cual nos abre esa desconocida y misteriosa puerta (Kubbler, 2010). Sin embargo, cuando formamos parte de ese conflicto que se genera en el ser humano, aunque el sufrimiento pueda ayudar a templar el alma, puede resultar altamente complicado trasladar la teoría a la práctica. En este sentido nos podemos plantear si estamos más o menos humanizados, entendiendo por humanizar según el diccionario de la Real Academia “hacerse más humano, familiar y afable, ablandarse, desenojarse y hacerse benigno, siendo más consciente en situaciones como la anteriormente mencionada”.

La humanización entendida como promoción y protección de la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorece una vida sana y armoniosa en los ámbitos físico, emotivo, social y espiritual, digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables (Brusco, 1999), forma parte de las relaciones interpersonales.

Como seres sociales que somos, estamos inmersos en un mundo lleno de relaciones, en las que los sentimientos desempeñan un gran papel. Consecuentemente, si perdemos el contacto con nuestros sentimientos, perderemos el contacto con nuestras cualidades más humanas. Humanizar los ámbitos de la salud y de la intervención social requiere sentar las bases para establecer, en los programas de pregrado y postgrado, una formación teórica y práctica que, a través de la reflexión e interiorización de valores y actitudes, nos proporcione elementos para cuidar a través de la relación que se establece entre el paciente, familia y los alumnos para la práctica de la profesión de enfermera. Según Angelo Brusco la humanización concierne además de al enfermo, al personal sanitario, a los administradores y a los políticos.

Un caso de deshumanización se pone de manifiesto ante noticias en la prensa como “una enfermera es agredida por la hija de un paciente” (Colegio de Enfermería de Murcia, 2012). Solo con ese titular, sin posicionarnos en ninguna de las partes y por supuesto condenando cualquier agresión, nos cuestionamos si una relación y comunicación competente y adecuada evitaría en gran medida situaciones de este tipo.

3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.1.-HIPÓTESIS. .

3.2.-OBJETIVOS.

3.2.1.-OBJETIVO GENERAL.

3.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.-HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1.-HIPÓTESIS

El cuidado relacional es la pieza clave en la que se sustenta este trabajo, como motor que nos impulsa a la búsqueda continua de información. Mediante este estudio se va a investigar el cuidado relacional que el alumno proporciona al paciente. Por ello nos cuestionamos a modo de reflexión cómo cuidan las relaciones con el paciente los alumnos de enfermería de tercero de grado de la universidad de Murcia y si éstos demandan formación en competencia relacional para un mejor desarrollo en las relaciones. Por ello, en esta investigación nos preguntamos: ¿Están formados los alumnos de enfermería de tercero de grado de la Universidad de Murcia en materia de cuidado relacional?

Nuestra pregunta hace referencia a cuestionarnos si la formación en competencia relacional que tienen los alumnos de enfermería en el momento del estudio se puede mejorar de forma que les proporcione actitudes, habilidades y estrategias que le confieran el saber, saber ser-estar y saber hacer, en su relación con el paciente, ayudándoles a gestionar sus propios sentimientos y emociones, para que el alumno sea más competente. Por lo tanto nos atrevemos a plantear la siguiente Hipótesis:

“La formación en competencia relacional favorece en los alumnos de enfermería actitudes, habilidades y estrategias para mejorar la relación con el paciente y ayuda al alumno a gestionar los sentimientos y emociones derivados de ella”.

Considero conveniente definir los términos, según el Diccionario de la Real Academia que en conjunto dan forma, significado y clarifican la hipótesis que hemos planteado.

Formación: Acción, efecto de formar o formarse. Formar: componer, dar forma. Constituir, formar, dar ser a un cuerpo o agregado de varias cosas o personas. Aplicado a las partes de que consta un todo, respecto del mismo.

Competencia: Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado.

Actitud: Disposición de ánimo manifestada de algún modo.

Habilidad: Capacidad y disposición para algo.

Estrategia: Arte, traza para dirigir un asunto. Manejar o conducir una situación problemática.

Gestionar: Manejar o conducir una situación problemática.

Sentimiento: 1. m. Acción y efecto de sentir o sentirse. 2. m. Estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente. 3. m. Estado del ánimo afligido por un suceso triste o doloroso.

Emoción: Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.

Mediante la clarificación de todos estos conceptos podemos componer una definición que nos aproxime a la comprensión nuestra hipótesis matizando que “la formación en cuidado relacional va a contribuir a que el alumno sea competente en la relación con el paciente, ya que favorece su actitud, capacidad, habilidad y destreza para dirigir una situación más o menos compleja”.

A continuación vamos exponer los objetivos que nos llevan a verificar la hipótesis que sustenta nuestra investigación.

3.2.-OBJETIVOS:

3.2.1.-OBJETIVO GENERAL.

Potenciar la formación en competencia relacional de los alumnos de enfermería de tercero de grado de Enfermería de la Universidad de Murcia, para que adopten aptitudes, habilidades y estrategias en la relación con el paciente que favorezcan la gestión de sentimientos y emociones derivados de la misma.

3.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

En base a la perspectiva de nuestra investigación, los objetivos específicos se van enlazando uno con otro, de forma que verificamos junto al alumno los conceptos o ideas que vamos construyendo en torno a la competencia relacional, investigando el estado del alumno en dicha materia, para plantearnos la importancia de un proyecto formativo como práctica fundamental en su aprendizaje:

Primero:

Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

- Clarificar con el alumno la definición de competencia relacional y relación de ayuda.
- Conocer el estilo relacional mostrado por los alumnos en el cuidado de los pacientes.
- Detectar el grado de comprensión empática que el alumno muestra y expresa en la relación con el paciente.

Segundo:

Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.

- Mostrar la percepción del alumno, al concluir la relación que establece con el paciente para que adquiera las habilidades que le lleven a la competencia.

Tercero:

Valorar la capacidad de los alumnos para elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.

- Saber si el alumno se considera capacitado y formado en materia relacional, y si considera ésta como base del currículum Universitario.

Cuarto:

Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.

- Descubrir si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.

Quinto:

Contribuir, facilitar que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

- Presentar a los estudiantes de enfermería la importancia del autoconocimiento para gestionar los sentimientos, emociones y pensamientos que posicionan sus valores y le genera la relación mantenida o establecida con el paciente.

Sexto:

Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante con el paciente.

- Incentivar a los alumnos sobre la necesidad de reflexionar o analizar la experiencia vivida en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico del cuidado relacional en su autoevaluación.
- Incorporar y/o afianzar la formación en competencia relacional.

A continuación vamos a describir brevemente los objetivos:

1º.- Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

- Clarificar con el alumno la definición de competencia relacional.

Antes de detectar cualquier carencia o habilidad que influya en la competencia relacional del alumno debemos clarificar los conceptos. Investigador y alumno necesitan partir de conceptos que se definan, clarifiquen y comprendan para saber que

realmente se está hablando de lo mismo. El alumno debe familiarizarse con el término “competencia relacional” y con aquellos términos que van inmersos en esa competencia, como cuidado relacional y relación de ayuda, ya que estos términos son necesarios para construir la base de esta investigación.

Mediante el feedback o retroalimentación vamos a saber si nos hemos sentido comprendidos por nuestro interlocutor, cuando éste nos dice lo que le hemos dicho (Cibanal, 2014). Así, la información actúa a modo de espejo como la imagen que vuelve a nosotros.

- Conocer el estilo relacional mostrado por los alumnos en el cuidado del paciente.

Nos lleva a situarnos en el punto de partida, ya que nos ayuda a evidenciar la actitud del alumno y a saber con qué información contamos. Supone tomar asiento como observadores del fenómeno. Es una visión, por parte del investigador, sobre el estado en el que se encuentra el alumno con respecto al estilo que emplea para manejar la relación que establece con el paciente. La finalidad es que, tras el análisis de los resultados obtenidos, dejemos el papel de acompañante y observador y adoptemos el papel de guía, ayudando al alumno a encaminar dicha actitud hacia un estilo que sea empático-participativo, lo analizamos tomando como referencia a (Brusco, 1999).

- Detectar el grado de comprensión empática que el alumno muestra y expresa en la relación con el paciente.

Para que exista la comprensión empática, el alumno debe estar capacitado y esta capacidad incluye elementos de conocimiento (saber), afectivos, de comunicación (saber ser) y de conducta (saber hacer). Por ello, es importante, desde nuestro punto de vista, la cualificación del alumno en esta área de conocimiento y de autoconocimiento, que le lleve a un crecimiento personal y profesional.

Los alumnos que consiguen desarrollar la capacidad de la empatía comprenden lo que siente y lo que piensa el paciente. Cuando un alumno le dice a un paciente “le comprendo”, no basta con decirlo, hay que actuar de acuerdo a esa comprensión y hacerle ver que le ha comprendido.

En nuestro trabajo de investigación, la forma que vamos a utilizar para ver en qué grado se da la empatía del alumno hacia el paciente es mediante los niveles de profundización de Carkhuff (Marroquín, 1982).

2º.-Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.

- Mostrar la percepción del alumno, al concluir la relación que establece con el paciente, para que le lleve a utilizar las estrategias que le confieren la competencia.

La percepción del alumno con respecto a la relación que ha mantenido con el paciente le lleva a experimentar sentimientos y emociones, así como a cuestionarse su competencia e incompetencia y todo ello le lleva a la reflexión, que será más o menos profunda dependiendo de la importancia o el interés que el alumno tenga al respecto. Al mismo tiempo, esas percepciones y la experiencia le confieren y contribuyen a que busque las estrategias adecuadas para llevar una relación de ayuda con el paciente.

El alumno actúa en la relación con respecto al paciente como ayudante o también como el denominado “sanador” (Bermejo, 2012). Para que ese sanador no quede herido por una relación que le incapacite e impida que sea realmente de ayuda, es necesario saber con qué capacidades cuenta para reforzarlas y con qué dificultades, para superarlas.

Nosotros, como investigadores en un camino de aprendizaje y el alumno, como aprendiz en un camino de conocimiento, somos las figuras principales de este proyecto, en el que vamos a ir construyendo las mejoras necesarias para el futuro en materia de relaciones interpersonales, en concreto sobre la relación que se establece con el paciente, subrayando las impresiones del alumno en su actuación y forma de proceder.

3.- Valorar la formación que capacita a los alumnos a elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.

- Saber si el alumno está formado y si considera la formación en materia relacional como base del currículum Universitario.

Es importante saber qué opina el alumno con respecto a la formación que tiene actualmente en relaciones interpersonales y si considera que la cualificación viene dada por la enseñanza y el aprendizaje en esta materia, cubriendo así la necesidad que se plantea en un proceso cuyo fin es formar profesionales de enfermería, dotados con las herramientas suficientes para saber utilizarlas cuando acontezca.

En la investigación que llevamos a cabo, le damos gran importancia a la opinión del alumno sobre si considera que la Universidad debe contener en su enseñanza el conocimiento adecuado para que los alumnos puedan trabajar sobre todo lo que se ha publicado al respecto y evidenciado en materia relacional. La inspiración procede del alumno, pero la verdad y la certeza de aquello que estamos haciendo está en el conocimiento. Si estoy inspirado en llevar a cabo algo pero no tengo el material para realizarlo, no podré materializar o ejecutar el proyecto planteado.

4.- Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.

- Descubrir si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.

El significado de la palabra “interés” procede del latín *interesse*, importar. Como investigadores nos preguntamos qué tiene que ocurrir para que algo importe, para darle

valor y cómo podemos despertar el interés en el alumno. Consideramos que una persona despierta o no el interés si algo en su interior se activa; la activación puede venir dada en una pequeña proporción por características externas, pero las que tienen más peso al establecer la base y el mantenimiento del interés son las internas.

Como seres humanos somos empáticos por naturaleza, nacemos con una semilla o potencial de interacción con los demás, pero a lo largo de nuestra vida puede que diferentes capas de desatención se vayan depositando de ésta, colocándose una sobre otra y cubriendo el interés sobre la relación de ayuda, de forma que tengamos la sensación de que apenas existe. A causa de esto, cuando hablamos con el alumno y le recordamos todo ese potencial que hay en él en estos términos, sin darnos cuenta se van quitando esas capas que, dependiendo de cada alumno, tendrán mayor o menor profundidad, de forma que puede dar lugar a que el interés vuelva a aparecer.

La motivación es una pieza clave en la formación del alumno en materia relacional durante sus prácticas clínicas, ya que todo comportamiento tiene una motivación. Cuando el alumno desempeña cualquier actividad o toma una decisión se siente movido, guiado por la fuerza de las motivaciones que son las necesidades y los valores.

Cuando alguien tiene la necesidad de comer, busca comida, así como cuando alguien siente la necesidad de sentirse competente en las relaciones, va a buscar su propia competencia en esta materia. Esto estimula una búsqueda interior a través de la reflexión, la expresión y el diálogo que se ponen de manifiesto en documentos como el diario de campo. Cuando el alumno vivencia sus habilidades e integra cómo influyen estas en las relaciones interpersonales, el interés se despertará o no dependiendo de lo que el alumno considere que es prioritario en el cuidado.

Consideramos que hay una mayor motivación cuando esta se genera fruto de una necesidad, porque mueve al individuo desde dentro y genera mayor probabilidad de que esa motivación sea el motor que ponga en marcha el engranaje del que hablamos en la tesis, siendo el interés y la ilusión la energía que mueve ese motor e impulsa a la rueda a girar.

5.- Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

- Presentar a los estudiantes de enfermería la importancia del autoconocimiento para gestionar los sentimientos, emociones y pensamientos que le genera la relación mantenida o establecida con el paciente.

En este objetivo, queremos que el alumno conecte con su competencia interior, es decir, que se conozca a sí mismo y que aprenda a gestionar sus emociones, sus sentimientos y sus pensamientos, dejando el terreno preparado para que se pueda instaurar en él la competencia en las relaciones con los demás. Cuando el alumno conecta con su ser, se encamina a la humanización de los cuidados. Del mismo modo,

queremos que aprenda a conocer las emociones, los sentimientos y los pensamientos que le producen la relación con el paciente, acogiendo los que experimenta este último y aprendiendo a diferenciarlos de los que son suyos.

El autoconocimiento debe estar presente en cada uno de los objetivos que hemos planteado en este estudio de investigación. Con los objetivos anteriores el alumno va construyendo una percepción de sí mismo en materia relacional, de forma que esto le lleve al autoconocimiento en esta materia. Este es uno de los elementos fundamentales, que además funciona como primer eslabón para que la cadena de objetivos se suceda, ya que el autoconocimiento lleva a conocerse a uno mismo en profundidad para poder conocer las expresiones, la forma de actuar y la relación que establecemos con los demás.

El autoconocimiento es un proceso que dura toda la vida, es individual y único en cada individuo; no termina nunca, porque toda la vida nos vamos conociendo a nosotros mismos, hasta el día de nuestra muerte, por lo que requiere que exista el acompañamiento por parte del docente en la enseñanza del alumno.

En este objetivo ponemos de manifiesto las expresiones del alumno en la relación que establece consigo mismo y con el paciente, para su autoconocimiento como persona y como profesional. Consideramos que es importante que el alumno tome conciencia de sus emociones y sentimientos, y de los que son y pertenecen al otro, al paciente.

Por ello, el alumno ha de tratarse antes a sí mismo, para poder tratar a otras personas; ha de conocer en qué es vulnerable, para ser consciente de sus capacidades y detectar sus miedos. Hasta que el alumno no gestione sus propios sentimientos y emociones, será complicado ayudar a gestionar los del paciente. Además, no debemos olvidar de los sentimientos que se generan en la propia relación.

Fruto de la experiencia y el trabajo que hemos llevado a cabo, podemos afirmar que, de esas situaciones vividas por el alumno, van a surgir la incertidumbre, la inseguridad, el miedo y todo lo que la persona-alumno trae consigo desde casa, desde su infancia y de su propio ser, de forma que los proyecta en las relaciones con los demás. Es fundamental que esas emociones y sentimientos los haga conscientes, que los acoja, y los acepte como suyos, ya que son parte de la condición humana. De esta forma, el alumno podrá descubrir los recursos que posee, para trabajarlos e integrarlos en su forma de vida.

6º.-Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.

- Incentivar a los alumnos sobre la necesidad de reflexionar o analizar la experiencia vivida en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico del cuidado relacional, en su autoevaluación.

La reflexión lleva al alumno a interiorizar lo que ha vivido y a recopilar cuáles son las prioridades que considera esenciales y útiles para que la relación con el paciente, y hacia sí mismo, esté llena de comprensión. Mediante la reflexión, el alumno contempla aquello que le llena de satisfacción y le aporta comodidad en sus relaciones, y lo que no.

El alumno vive secuencias reales en la relación con el paciente, no tiene por qué inventarlas o imaginarlas. Esas vivencias pueden suponer un momento en el tiempo que se etiqueta como pasado, o bien el alumno, mediante el recuerdo y las sensaciones que en él se han despertado, puede traer ese pasado momentáneamente al presente para extraer de él la enseñanza positiva y la mejora en aquello en lo que se ha visto en mayor o menor medida incompetente. La línea que marca la diferencia entre la opción de inventar o rememorar la realidad vivida depende del interés que tiene el alumno en ofrecer al paciente un cuidado relacional y no solo un cuidado científico-técnico, ambos imprescindibles. Por otra parte, también depende de lo que se le exija en la facultad en esta materia.

La reflexión y el análisis que lleva a cabo el alumno en su relación con el paciente le llevan a autoevaluarse en materia relacional. De este modo, el alumno aprende de su propio aprendizaje y construye su propia formación.

- Incorporar y/o afianzar la formación en competencia relacional.

La formación es la base de toda construcción de aprendizaje, ya que sin formación no hay avance posible, hay imitación pero no conocimiento. Además, la formación supone la incorporación de nuevos conceptos o que se afiancen los que ya se han establecido. Por ello, esta supone un objetivo esencial en nuestro trabajo.

Nos planteamos que el alumno reciba una formación que sea efectiva y le aporte los conocimientos teórico-prácticos necesarios, para que se dé en su aprendizaje el saber, saber ser y saber hacer. Por ello, la formación que mostramos tiene su origen en la reflexión, el análisis y la autoevaluación, para que emerja desde dentro de su ser y ello incentive el interés y la motivación. Enseñar desde dentro hacia afuera y conocer desde fuera hacia dentro, cuando la persona conoce bien lo que hay dentro, activa las capacidades y las múltiples inteligencias que posee.

Este objetivo final cierra el círculo del continuum de los objetivos planteados en la tesis y, a su vez, completa el objetivo general que engloba al resto de objetivos para dar forma y concluir el final de la tesis. Llegados a este punto y después de haber trabajado los objetivos anteriores, el alumno ya está en camino de alcanzar un mayor grado de competencia relacional con los pacientes, gracias a su esfuerzo y a la enseñanza que se ha mantenido a lo largo del estudio.

Por eso, señalamos que este objetivo es un continuum, porque siempre se puede mejorar. No existe un manual general para trabajar con cada paciente, cada persona es un universo en sí mismo. No se trata de estudiarnos un guión y seguirlo al pie de la

letra, se trata de adquirir una formación en la que, como profesionales y como personas, entremos en la relación, seamos parte de ella y hagamos de la misma un encuentro en el que el paciente sea el ayudado y nosotros los ayudantes. Entre tanta acción, es importante que sintamos y trabajemos tanto los sentimientos como las emociones para encontrar al verdadero yo (alumno) de forma que acoja al verdadero ser (paciente).

Este objetivo es la consecuencia de este trabajo, que supone la satisfacción de que se ha cumplido lo establecido. Lo vamos a conseguir si se cumplen todos los objetivos planteados anteriormente, con dedicación y seguimiento. Así es como el alumno conseguirá alcanzar una forma de relación más eficaz y que al tiempo le llene de satisfacción.



3.- ESTADO DE LA CUESTIÓN



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.-ESTADO DE LA CUESTION.

En este apartado queremos expresar que ha sido complicado encontrar bibliografía específica sobre el campo de la competencia relacional como aprendizaje fundamental de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas. Prueba de ello fue cuando al extraer toda la información necesaria, consultamos bases de datos bibliográficas como CUIDEN, Medline plus, Isoc Ciencias Sociales y Humanidades, CSIC, Psicodoc, Lilacs, Educarex, Current Context, Cochrane library plus, Cinhal, Scielo, y corroboramos que se observaba un silencio documental al sintagma de búsqueda “Competencia relacional del alumno de enfermería en las prácticas clínicas”, o “Relación paciente-alumnos de enfermería en el hospital....”. No obstante, la búsqueda arrojó resultados parciales ante el uso de las palabras clave como competencia, inteligencia emocional, relación enfermera-paciente, relación alumnos-enfermería-paciente, relación terapéutica, prácticas clínicas y hospital, relación de ayuda, agudeza empática del alumno de enfermería, counselling y cuidado relacional.

Desde una perspectiva coloquial y amplia, el término competencia hace referencia a habilidad, destreza o capacidad, aunque esta acepción es parcial e incompleta. La definición de una competencia en el alumno requiere expresar de forma explícita un objetivo de aprendizaje, como "lo que es capaz de hacer o es competente para ejecutar, el grado de preparación. También significa suficiencia o responsabilidad para ciertas tareas" (Comisión Europea, 2003).

La mayoría de trabajos encontrados en esta línea de investigación hacen referencia a la relación de ayuda. Aunque nuestro objetivo de estudio en primera instancia sea la competencia relacional, somos conscientes de que partimos de que la relación de ayuda es lo que nos conduce a la misma, recopilando aquellas publicaciones que se mueven en ese círculo de acción.

La tesis realizada por Rivera (Rivera, 2013) sobre el saber y la experiencia del estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado deja entrever la relación del alumno con el paciente, pese a no contemplar la competencia relacional del alumno de enfermería. En este sentido, supone para nosotros un hallazgo en nuestra investigación.

Las competencias, según las definió en 2005 la Comisión Europea, representan una combinación dinámica de atributos, habilidades y actitudes. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003), en su capítulo III, define competencia profesional como ‘la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociadas a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean’ (Palés et al, 2010)

Las competencias específicas vienen descritas según la disciplina. Es decir, según el plan de Bolonia, las enfermeras tendrán que estar capacitadas para informar y educar al paciente y a la familia, planificar actuaciones, desarrollar el pensamiento crítico, establecer relaciones eficaces e identificar necesidades del paciente, manejar y adecuar la utilización de recursos, tomar decisiones, gestionar el tiempo y priorizar

acciones, desarrollar la comunicación, trabajar en equipo y actuar para elevar el nivel de calidad (Seva, 2009).

En una investigación de tipo descriptivo con una muestra de 56 enfermeros que se realizó en la Universidad de Coimbra (Pereira, 2010), cuyo objetivo era comprobar la importancia que conceden los enfermeros a la competencia relacional en la ayuda a enfermos al final de su vida, éste concluyó que los enfermeros consideran las competencias relacionales fundamentales para cuidar al enfermo al final de su vida. Los resultados indican que el mejor resultado de competencias de relación, por parte de los enfermeros, está correlacionado con mejor formación sobre relación de ayuda, así como la percepción de mayor satisfacción con la vida en general. Estos resultados tienen aplicación en el proceso de desarrollo de competencias personales y profesionales de los enfermeros.

En este sentido debemos prestar atención a la importancia de la relación, en concreto con el paciente. Se puede afirmar que la relación terapéutica es una relación profesional (Evans, 2007) basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo (Marín, 2001).

El modelo Rogeriano de relación de ayuda se basa en el acompañamiento a quien tiene un problema, a su identificación y a la realización de un proceso personal autónomo descubriendo los propios recursos para su abordaje. La hipótesis central consiste en afirmar que cada persona posee en sí misma amplios recursos para la autocomprensión y para la modificación de actitudes y que el acompañamiento es un proceso de ayuda a identificar las capacidades secuestradas y a movilizarlas (Bermejo, 2010)

Cánovas (Cánovas, 2008) habla de la relación de ayuda como elemento consustancial al cuidado que prestan los profesionales de la disciplina enfermera. Cánovas define la relación de ayuda como el intercambio personal y humano que tiene lugar cuando el personal de enfermería interacciona con la persona que sufre, paciente o familia y éste pone a su disposición el conjunto de actitudes internas y habilidades en las que se fundamenta el conocimiento de la competencia relacional de su disciplina, con el fin de que el paciente y la familia sean capaces de explorar y comprender mejor su problema y de utilizar recursos internos para hacerle frente.

Cuando hablamos de problema o conflicto psicológico lo definimos según Madrid (Madrid, 2014), como el estado de insatisfacción o sufrimiento de la persona por encontrarse en una situación que le dificulta la consecución de un objetivo o la satisfacción de una necesidad, que son importantes para él.

Para conseguir esas actitudes internas y las habilidades de relación en el alumno, considero que éste necesita la formación a fin establecer las bases de tan valiosas herramientas.

Las conductas de los profesionales de Enfermería median inevitablemente en las relaciones que se establecen con el usuario, con la familia y con el resto de profesionales, constituyendo el eje fundamental sobre el que gira toda intervención terapéutica, asistencial y de cuidados. A raíz de ello y de la importancia que comporta el desarrollo de cualidades, destrezas y conocimientos, se ha llevado a cabo un estudio que tiene como objetivo reflexionar sobre las actitudes que definen el perfil enfermero y analizar la percepción que el alumno de tercer curso tiene sobre las cualidades que creen que debe tener una enfermera para establecer una relación terapéutica o de ayuda adecuada. Obteniendo como resultados que la empatía, la competencia profesional y el uso de un lenguaje adecuado son las cualidades más nombradas. Sin embargo, se plantean la dudosa comprensión de los aspectos que conforman determinadas cualidades. Para concluir, hacen hincapié en el fortalecimiento a través de la formación de conceptos como empatía, autonomía y capacidad de análisis (Homar et al, 2004).

Los alumnos de enfermería, por las características de su profesión, van a estar en contacto con el sufrimiento, con el dolor, con la invalidez, e incluso con la muerte, por lo que están expuestos a mayor cantidad de estresores que otros grupos de estudiantes. Las situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representa el enfrentarse a situaciones nuevas y al miedo a no saber qué responder, más que a un rasgo de su personalidad (Rodriguez, 2011).

Las prácticas de enfermería son cruciales en el posterior desarrollo profesional del enfermero, pero por su contacto con el sufrimiento, la muerte y, en general, lo humano de la asistencia, supone un momento estresante para los estudiantes de Enfermería. En éstos se refleja una percepción elevada de estrés durante las prácticas clínicas, siendo “la falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre”, “contacto con el sufrimiento” y “dañarse en la relación con el enfermo” los ítems más destacados (Cobo et al, 2010).

La respuesta de los enfermeros ante la muerte está impregnada de sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento o miedo, los cuales interfirieron en la asistencia prestada al enfermo y a su familia. Esta conclusión fue a la que se llegó en un estudio de investigación cualitativa realizado en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Montes Claros en Rio de Janeiro (Pereira y Alves, 2010). Por otro lado, a pesar de la vivencia constante con la muerte, las enfermeras aún se sensibilizan con el proceso de muerte. En otro estudio (Souza et al, 2013), relacionado con el proceso de morir, que expone los sentimientos manifestados por los enfermeros tales como tristeza, sufrimiento, impotencia y miedo, una enfermera verbaliza: “A veces sufrimos más con la familia que con el propio paciente que está muriéndose”.

Stickley (Stickley et al, 2006) presenta un manual en el que detalla los cuidados enfermeros a pacientes en su última etapa de la vida, en los cuidados después de la muerte y en el trato a la familia afligida, en el que pone de manifiesto la implicación de enfermería y cómo llevar a cabo las actuaciones pertinentes para una relación terapéutica adecuada.

De ello podemos deducir que en la situación que vive el enfermero relacionada con la muerte lo que se hace más costoso es la relación interpersonal. Aunque se hace referencia a la muerte, la dificultad que se puede plantear desde la perspectiva de la comunicación interpersonal es en todas las situaciones que supongan una dificultad para el paciente. Además de ser un elemento clave en la formación del alumno, algunos autores (Rodrigues y Ferreira, 2011), indican que también debemos tener en cuenta que la capacidad profesional es resultado de un conjunto de micro-interacciones: con uno mismo (interacción intrapersonal), con los otros (interacción interpersonal), con el saber en la relación de interactividad (interacción multidisciplinar). Los autores señalan que considerando a las personas la esencia de una organización, sus habilidades serán utilizadas en favor de la misma pudiendo beneficiarse de la implementación de programas de intervención.

La influencia de la gestión del cuidado en la calidad de los servicios de Salud viene dada fundamentalmente por el empleo de todos los recursos disponibles tanto materiales como tecnológicos y humanos, siendo este último esencial por el desarrollo de las capacidades, competencias relationales y espirituales que manifestará el profesional de enfermería durante su coordinación y ejecución de las actividades propias del equipo de Salud. Estas capacidades, competencias y valores profesionales deben incorporarse a los estudiantes de Enfermería desde los primeros años de su estudio, tomando mayor relevancia en los escenarios relacionados a la atención de pacientes y familiares (Agramonte y Fairrés, 2010).

En relación a lo anterior Mahat (Mahat, 1996), observó que los principales estresores de los estudiantes en las prácticas clínicas tenían que ver con el área interpersonal, citado por Antolin (Antolin, 2007). Mediante un estudio descriptivo cuyo propósito fue identificar los eventos estresantes de los alumnos de primer año de enfermería en Nepal en el ámbito clínico y determinar cómo hacer frente a los acontecimientos estresantes. La muestra estuvo constituida por 104 estudiantes de enfermería que habían estado en el entorno clínico durante 6 a 8 semanas. Se obtuvieron como resultados que fueron identificados cuatro eventos estresantes: las relaciones interpersonales, las experiencias iniciales, sensación de impotencia y experiencias humillantes. El evento estresante notificado con mayor frecuencia fue la relación interpersonal (50%). Ocho categorías de afrontamiento de la descripción de los estudiantes eran la solución de problemas, la aceptación de la responsabilidad, la búsqueda de apoyo social, el autocontrol, la reducción de la tensión, la evitación, ilusiones y sentimientos negativos.

Sin embargo, en una investigación sobre el riesgo de estrés en el estudiante de enfermería que se llevó a cabo en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Murcia durante el mes de Marzo del curso 2010/2011 (Collados y García, 2012), se observó que lo que más preocupa a los alumnos de primer curso es el desconocimiento ante una situación clínica; lo que más inquieta a los alumnos de segundo es la impotencia e incertidumbre ante situaciones determinadas y el riesgo a sufrir contagio, daños o

lesiones en la relación con el paciente y, finalmente, a los alumnos de tercero lo que más estrés les provoca es la valoración de sus prácticas.

Por otro lado, en otro estudio sobre la percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas (Moya et al, 2013), se mostró que la mayoría presentan niveles de estrés severo durante sus prácticas clínicas, en las que el elemento que consideran más estresante es el "desconocimiento ante la situación clínica".

A nivel de resultados globales, la destreza que más destaca entre las carencias de los profesionales de enfermería noveles es la toma de decisiones clínicas; en segundo término, el dominio de conocimientos tecnológicos y científicos y en tercer lugar, tanto la capacidad de liderazgo como las competencias de trato con los paciente, tales como el saber comunicarse con el paciente y ofrecer el soporte emocional que necesita, la transmisión de conocimientos para la promoción de la salud y la educación sanitaria. La visión de las enfermeras respecto a los profesionales recientemente incorporados al mercado laboral es la falta de liderazgo y la falta de competencias relacionales con los pacientes, la comunicación y el soporte emocional (Gutiérrez, 2007).

Derivado de los resultados de los artículos anteriores, nos podemos plantear si realmente la competencia relacional es una necesidad que se plantea en los alumnos de enfermería en las prácticas clínicas y la respuesta la podemos documentar y contrastar con otro artículo, cuyo objetivo es identificar las necesidades manifestadas por los estudiantes de enfermería en el área de las habilidades relacionales (Correia et al, 2012), en el que los resultados reflejan que existe una mayor valorización del Saber Hacer, concretamente a través de la sobrevaloración de las Técnicas y Procedimientos, en detrimento del Saber, especialmente del Conocimiento Científico. Los hallazgos encontrados en dicho trabajo, revelan que los estudiantes de enfermería en esta fase de su formación poseen un concepto de Cuidar muy centrado en la ejecución de tareas y técnicas de enfermería en vez de en la científicidad del Saber. Sin embargo, en el ámbito del Saber Hacer Relacional, consideran que es importante el desarrollo de habilidades en relación de ayuda y de habilidades comunicacionales en el ámbito del saber ser. Estos resultados dan forma y apoyan nuestra línea de investigación porque, pese a que en este artículo no aparece como necesidad manifestada por los alumnos en primera instancia el cuidado relacional, sí que reconocen y saben que un mayor desarrollo personal, un mejor conocimiento de sí mismos, será determinante para el bienestar personal y social.

Cuanto más y mejor se conozca el cuidador, mejor cuidará (Crossetti et al, 2000 citado por Correia et al 2012). Es decir, el conocimiento de sí (reconocer sus límites, reconocer sus emociones, trabajar las emociones), el respeto por el otro, la distancia relacional, la apertura de espíritu, la actitud y posicionamiento profesional, la escucha, la invención y la creatividad son habilidades indispensables en la calidad de la intervención de enfermería (Benrerbia et al, 2007).

Según Daniel Goleman (Goleman, 2009), el primer elemento fundamental para la inteligencia emocional es el autoconocimiento, que se considera el punto de partida

imprescindible para una adecuada autogestión, que es el segundo elemento. El tercero y el cuarto son la empatía y las habilidades sociales.

Los resultados hallados de un estudio en el que se examinó la relación entre la inteligencia emocional percibida, los rasgos de personalidad y la empatía en estudiantes de enfermería ponen de manifiesto la importancia que para estos futuros profesionales tiene el manejo de las propias emociones en relación a la Implicación empática. Se sugiere incluir en la formación de los estudiantes de enfermería programas destinados al entrenamiento en inteligencia emocional (Aguilar y Augusto, 2009).

En pocas palabras, como conclusiones de los artículos anteriores podemos afirmar que el desarrollo de la capacidad comunicacional del alumno, de la capacidad emocional, de la autoestima y del comportamiento asertivo les llevará a ser profesionales más cualificados en materia relacional.

Es cierto que la capacidad profesional en enfermería incluye los aspectos clínicos y técnicos, pero es el aspecto relacional el que la completa. La base de la capacidad profesional en enfermería está, en primer lugar, en las calidades personales del enfermero, en la personalidad del enfermero, que es determinante para la adquisición de formación y experiencia. La capacidad en enfermería comporta dos aspectos esenciales como la movilización de las habilidades personales y la movilización del saber y saber-hacer aplicados al cuidado en enfermería (Phaneuf, 2005).

La capacidad personal tiene una gran relevancia en la realización personal y profesional y su entrenamiento tiene una gran utilidad, así como su inclusión en programas escolares (Falcone citado por Correia et al., 2012).

Para el desarrollo personal es fundamental que el alumno se conozca a sí mismo y conozca sus valores, como persona y como profesional. Algunos estudios recientes (Portieles, 2004) señalan que una preocupación que va en aumento es la enseñanza de valores profesionales, ya que se considera esencial que se desarrolle dentro del currículo universitario el desarrollo de valores que regulan su actuación profesional, tales como el amor a la profesión, la responsabilidad y honestidad.

La importancia de formar a los alumnos en las dimensiones humanísticas del cuidado se pone de manifiesto en un estudio sobre la percepción del cuidado enfermero en el proceso de formación de los estudiantes de enfermería (Ramos y Pérez, 2013).

El “cuidado” es para la enfermería su ethos fundamental, precisa ser coherente con principios, valores y actitudes que hagan de la vida un buen vivir y de la acción un reto a actuar en forma responsable (Frondizi, 1992 citado por Badillo et al., 2012).

El modelo de aprendizaje que propugna Carkhuff (Carkhuff, 1971) pretende el desarrollo de la persona como tal, de su entorno organizacional y social, por lo tanto el crecimiento armónico de las dimensiones física, emocional e intelectual. Esta tecnología humanística puede tener repercusiones en el terreno organizacional, en la formación de

los profesionales de ayuda, en la formación y selección de los profesionales así como en el terreno de la educación.

Los valores y las actitudes emergentes en el seno del colectivo enfermero, necesitan ser desarrolladas de forma personal y en equipo, con métodos reflexivos que ayuden a establecer criterios que puedan implementarse en la práctica profesional. La asunción de esos valores no se puede dejar al azar, debe haber un compromiso individual y colectivo para obtener resultados al nivel de lo que la sociedad demanda actualmente (Ramio, 2005). Otro aspecto fundamental, unido al desarrollo de los valores emergentes, es mantener a lo largo de la trayectoria profesional enfermera el equilibrio personal. Es un rasgo potente y nuclear, que exige de trabajo personal y de equipo, potenciado, promovido y facilitado por las organizaciones sanitarias. Manifiesta toda su potencia en la frase: “cuidarse para cuidar” (Gracia, 2004). Las enfermeras y enfermeros en la medida que valoran cuidarse, añaden valor a su trabajo. Los enfermeros deben cuidarse en todas las vertientes: biológica, psicológica y social.

Dentro de los valores de la persona debemos tener en cuenta que desarrollar las habilidades en materia de relación es trabajar desde el respeto, que es aceptar incondicionalmente al otro sin realizar juicios de valor, lo cual lleva aparejado por parte del profesional el ejercicio de la asertividad y la concreción, que es la capacidad del profesional de delimitar los objetivos en la relación para que esta se desarrolle de forma inteligible para ambos (García y Rodríguez, 2005).

Otro estudio de investigación (Guerra, 2006) refleja por orden de importancia los valores dentro del ámbito de enfermería, en el que se señala que las personas que eligen esta profesión deben tener vocación y cualidades como la benevolencia, la simpatía, la honestidad, la honradez y la confiabilidad. Guerra concluye que el valor que más ayuda a comunicarse con los pacientes es la empatía, seguido del respeto, la profesionalidad, la humanidad, el conocimiento técnico-científico, la comunicación, la ilusión, la adaptabilidad, el compromiso, la confidencialidad y finalmente, la equidad.

En unidades como la de quirófano los profesionales que forman parte del equipo quirúrgico trabajan de manera inter y multidisciplinar. Todos ellos son los encargados de la atención del paciente, ya que cada uno cumple con una tarea bien definida. Trabajan de forma coordinada ya que luchan por un objetivo común. Centrándonos una vez más en la persona, que es el centro de nuestra atención, proporcionando cuidados de una manera eficiente, oportuna y segura, cumpliéndose así la definición de personal de enfermería de quirófano que según la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) StatementCommitte, puede definirse como “Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine los cuidados de enfermería a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico” (García et al., 2007).

Teniendo en cuenta que los valores profesionales en enfermería influyen en las interacciones con las personas y en la práctica profesional, debemos señalar los

resultados de una investigación que se llevó a cabo en el Hospital del Niño del DIF (Badillo et al., 2012), con respecto a los valores del profesional de enfermería, en el que se obtuvieron como resultados que poseen valores colectivos más que individuales. Así prevalece el respeto, el perdón, la responsabilidad, la humildad y la generosidad para brindar cuidados a los usuarios, frente a la autoridad o el poder que aparecen como prioritarios en otros estudios anteriores a este (Aguilar-Luzón, 2007).

La percepción de los alumnos sobre su rol profesional coincide con las cualidades y valores que debe regir la práctica de la profesión como persona que trabaja con y para seres humanos. Esto se refleja en una investigación que se llevó a cabo en la Universidad de Antioquia (Florez, 2011). Dichos valores son la responsabilidad y el respeto, los cuales para la mayor parte de los entrevistados son los más importantes y necesarios, a los que siguen la honestidad, la tolerancia, la paciencia, la compasión, el buen trato, la competencia científico-técnica, la prudencia y la humanidad, entre otras.

La satisfacción es una emoción que emerge en cuanto avanza la experiencia del estudiante en sus prácticas y siente confianza en enfrentar los desafíos del rol profesional. A medida que va desarrollando destrezas y habilidades organizacionales comienza a surgir un sentimiento de satisfacción. Los “motivos para” están determinados por los siguientes componentes: adquirir confianza en sí mismo aumenta a medida que desarrolla destrezas organizacionales, marcando sus prioridades (Vollrath et al., 2011).

Es necesario dar al alumnado instrumentos y estrategias para la práctica reflexiva de su aprendizaje, tanto teórico como práctico. Para ello, la reforma educativa debe ir mucho más lejos; debe llevarse a cabo desde la reflexión acerca de la ideología y la filosofía que encamine la formación del alumnado, de tal forma que el profesorado, como parte de ella, se posicione visiblemente, porque al fin y al cabo el alumnado absorbe esos valores, los vive y los interpreta de forma subjetiva, adhiriéndolos a su forma de ser profesional como parte de su socialización anticipada (Gabaldón, 2008).

Los profesores y tutores, cuando enseñamos al alumno en materia relacional, debemos estar preparados previamente para ofrecerle las estrategias que le confieran la formación necesaria para establecer una relación de ayuda con el paciente. Por ello, aunque el alumno interprete los datos que le llegan de forma más o menos subjetiva, esa interpretación, según Rogers (Rogers, 1994), solo tiene valor en la medida en que es aceptada y asimilada por el cliente. Según Bermejo (Bermejo, 1998), un uso prudente e inteligente de técnicas interpretativas puede ayudar a entender y clarificar la comprensión en sí mismo. Por lo tanto, el feedback o retroalimentación (Cibanal, 2014) es vital, de forma que si se enseña al alumno a tener esta actitud de devolver al paciente lo que éste le acaba de decir a nivel de contenido, sentimiento y demanda, conseguiremos alejarnos de una interpretación errónea en cuanto al mensaje que puede distorsionar el proceso de comunicación adecuado.

Cuando el paciente está hablando, se debe prestar atención a lo que dice, intentando comprender lo que está diciendo. Mediante feedback podemos comprobar si

realmente se ha entendido el mensaje. Esta actitud de escucha debe hacer partícipe al paciente que está transmitiendo un mensaje, puesto que si se siente escuchado, será mucho más sencillo que colabore con el profesional sanitario (Alférez, 2012). Como estrategias para facilitar la comprensión del mensaje debemos asegurar la retroalimentación mediante el empleo del feedback (Lavín, 2013).

Una buena comunicación entre los profesionales de la salud y los clientes es esencial para proporcionar una atención de calidad. Diversas investigaciones citadas por Cléries y Borrell (Cléries et al., 2003), indican que para los pacientes uno de los atributos fundamentales del personal sanitario es la capacidad para escuchar y explicar, que son principios necesarios para poder hacer “feedback” y que se produzca un acto de comunicación eficaz.

Las habilidades relacionales y la relación interpersonal son consideradas como el pilar del cuidado en enfermería y reconocidas como la capacidad diferenciadora de un cuidado de enfermería de excelencia (Phaneuf, 2005). La adquisición de estas habilidades es considerada como un proceso evolutivo, desarrollado según varios estadios: iniciado, iniciado avanzado, competente, proficiente y experto (Benner, 2001 citado por Correia et al., 2012).

No hay evidencia de estudios que clasifiquen a los alumnos en estos niveles a los que hace referencia Benner en el apartado anterior desde el punto de vista de la relación que establecen con el paciente, de forma que muestren su estilo relacional y sus actitudes empáticas. Sin embargo, sí hay evidencia sobre los profesionales de enfermería, no de forma detallada en estos términos pero de forma general se puede decir que no saben afrontar adecuadamente las preguntas comprometedoras por parte del paciente y la familia. Los profesionales manifiestan no saber qué decir y la ansiedad que les proporciona estas situaciones difíciles mientras están prestando cuidados (Cánovas, 2008).

La comunicación interpersonal incluye todo el proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción. La comunicación es la pieza clave de la relación de ayuda, por ello desde la formación al alumno debemos tener en cuenta una serie de técnicas y actitudes. Mediante la decodificación, el alumno debe tratar de captar el mensaje del paciente en la relación que establece con él, mediante filtros como los sentidos, la educación, y otros aspectos sociales, culturales, familiares, etc. (Cibanal, 2014). Para que el alumno pueda acoger el contenido del mensaje y el sentimiento del paciente, debe estar entrenado en técnicas y actitudes como son la escucha activa (feedback), la empatía, la autenticidad, el respeto incondicional, la inmediatez, la concreción y la confrontación.

Cuando hablamos del paciente y del cuidado relacional no podemos olvidar que la familia en la gran mayoría de los casos permanece ingresada con el paciente en el hospital, donde vive junto al enfermo todo el proceso y evolución de su enfermedad, acompañando al paciente y traslada los cuidados que realiza en el domicilio al hospital. Más tarde volverá a trasladarlos al domicilio, tanto éstos como nuevos cuidados

adquiridos en el hospital. Las enfermeras señalan que el sistema sanitario no les dice cómo tratar a la familia, no hay normas para acoger, incorporar y guiar el cuidado familiar; las enfermeras deben transmitirle al familiar lo valioso que es su cuidado (Zomeño, 2015).

Lejos de ver a la persona-paciente como un objeto, Bermejo (2003) señala “las cualidades del corazón son como tragadas por la transcendencia de la técnica: cuanto más se tecnifican los cuidados sanitarios, más se hacen mecánicas las relaciones con las personas”. Ante esta definición nos planteamos la definición que recoge en su artículo “La relación de ayuda en enfermería” Muñoz (2014); para ella, la relación de ayuda consiste en establecer mediante recursos materiales, técnicos y relacionales, una relación terapéutica con el ayudado para que afronte los problemas lo más sanamente posible, creciendo en todo momento. En esta última definición, observamos que se añaden los recursos materiales y técnicos además de los relacionales. Una fusión de todo ello es la que hace del cuidado enfermero: un cuidado relacional.

En un artículo sobre la relación terapéutica como pilar de la profesión enfermera (Vidal, 2009) se llevó a cabo una revisión donde se presentó una visión global de dicha relación. A través de esta revisión se quiere demostrar la importancia de la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación de ayuda. Si los estudiantes de enfermería están entrenados en estas habilidades, conseguiremos profesionales mejor preparados que contemplarán a las personas en su globalidad, proporcionando una atención integral. Esta es una demanda de la sociedad actual, la cual conllevaría a una mejora de la salud individual.

El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas tales como: autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, conciencia de las propias facultades y límites es fundamental para conseguir el bienestar del paciente. Estas son necesarias para establecer una comunicación efectiva con el paciente. La enfermera es el centro de referencia de la relación terapéutica y a la que sin lugar a dudas el paciente se dirige en primera instancia cuando acontece algo importante para él o le preocupa algo y necesita hablarlo. Por lo tanto, es importante adquirir estas habilidades y conocimientos a través de las escuelas de enfermería. Así se irá dejando atrás el modelo paternalista y nos dirigiremos hacia una relación terapéutica basada en el dialogo abierto, la interacción y la escucha activa (Hurtado, 2004). Como se dice en lenguaje coloquial “nadie nace con todo sabido” y hace ya tiempo que somos conscientes de las carencias en el sistema de formación de profesionales de enfermería (Mqueen, 2009).

Las teorías que estudian el campo emotivo son indispensables en la relación de ayuda (Redrado, 2003), ya que los sentimientos y emociones se encuentran entre los factores que más influyen en el éxito o fracaso de las relaciones con las personas.

Si un alumno va a hablar con un paciente sobre la enfermedad o la muerte, primero debe tener una concepción clara de lo que son estos conceptos y cómo los vive el propio alumno. De esta manera, podrá diferenciar y clarificar lo que significa para

cada uno y además respetar al interlocutor sin querer imponer nuestras propias concepciones. De ahí radica la importancia del autoconocimiento, la comunicación y la empatía en nuestro trabajo de investigación.

Se conceptualiza el término empatía, su origen y fundamentos filosóficos y psicológicos, su importancia en todos los ámbitos de la vida diaria, como generadora y transformadora de nuestras acciones y como un sentimiento fundamental de la relación entre una enfermera y su paciente. Se enfatiza la necesidad de identificar nuestra capacidad de empatizar como un talento personal y perfectible a través de nuestra preparación académica y reforzada con la experiencia profesional (Cardona y García, 2010).

Foster (Foster et al., 2005) también nombra el autoconocimiento, la empatía, el respeto, la observación, la escucha activa y la conciencia de las propias habilidades, afirmando que son los requisitos para poder formar a un profesional para poder realizar una correcta relación terapéutica. Por lo tanto, son los objetivos que se deberían incluir en la actualidad en las escuelas de enfermería, y no como pasa actualmente, cuando estas habilidades se creen innatas. No obstante, es cierto que son habilidades y por lo tanto se han de poner en práctica para poder potenciarlas; si no es de esta manera ni siquiera sabremos si se está capacitado para entrenarlas.

Con respecto a la escucha es importante tener en cuenta que escuchar no es una acción pasiva, sino que es un arte o habilidad que sólo se puede alcanzar con la práctica. Hemos de incorporarla para poder desarrollar una relación terapéutica efectiva (Stickley, 2006). La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención a lo que se dice (el contenido) y al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales: mirarle, dedicarle tiempo o hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones (Hsu et al., 2008).

Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. Escuchar es un arte más complejo que hablar, susurra el que habla poco y escucha mucho, porque susurra con la mirada, con la sonrisa, con la dedicación, con las manos y con la postura del cuerpo (Llacura, 2000).

Para Rodriguez (Rodriguez et al., 2011), Escuchar requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír, un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar.

El sistema de facilitación de Rogers se basa en la disposición, por parte del facilitador, de tres actitudes relacionales que constituyen el fundamento de la intervención y que son, por ello, necesarias y suficientes. Son las tres actitudes del enfoque centrado en la persona: la escucha y la empatía, la consideración positiva incondicional y la autenticidad o congruencia del facilitador (Rogers, 1983, citado por Barceló, 2012). En este sentido Rogers (Rogers, 1978) señala que en nuestra cultura los adultos estamos entrenados para responder más a las ideas que a los sentimientos, y que los niños y los poetas parecen tener una comprensión más profunda.

Para el entrenamiento de lo expuesto anteriormente, el alumno necesita además de la escucha, los dos elementos que componen la comunicación empática, esto es, comprender y transmitir comprensión (Madrid, 2005).

Consideramos que los alumnos deben conseguir un estilo empático en sus relaciones con el paciente, pero al respecto surgen una serie de preguntas sobre cómo educarles en ese estilo, cómo saber del estilo de relación que parten y una vez que lo sabemos cómo formarles. Mediante las escalas de Carkhuff, señala los niveles de empatía. Según Carkhuff (citado por Marroquín, 1982) la comprensión empática presenta 5 niveles de profundización, que el alumno mediante el entrenamiento y la formación puede conseguir en la comunicación con el paciente.

Hurtado (2004) hace referencia al estilo empático y explica que debemos tener en cuenta que el alumno en una primera fase debe verse reflejado en la persona y con la situación, en una segunda y tercera fase debe incorporar los elementos que forman parte de la experiencia del paciente a los suyos propios y para finalizar una cuarta fase en que la relación debe saber apartarse de ese conflicto manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa.

Bermejo (2012) señala en su libro “empatía terapéutica” que es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de identificación actitudinal, precisa también la capacidad de manejar la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena. Por ello, el autoconocimiento nos lleva a poder manejar lo propio de lo ajeno. Requiere también aprender a separarse, restablecer la distancia emocional necesaria para no quemarse y llegar al síndrome de burnout.

En un estudio de investigación sobre la resiliencia y el síndrome burnout en los alumnos de enfermería, los resultados dejan ver que aquellos estudiantes que mostraron un mayor nivel de resiliencia, es decir, la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas, experimentaron un menor cansancio emocional y una mayor realización personal. Igualmente, la calidad de relación con el profesorado se relacionó con una mayor presencia del síndrome de Burn-out (Ríos et al., 2012).

Para que el modelo empático se lleve a cabo correctamente debemos tener en cuenta unas fases que se deben seguir. La primera es la de *identificación*, en la que nos vemos reflejados con la persona y con la situación. La segunda es la fase de *incorporación y repercusión*, en la cual se trata de incorporar los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios. Por último la fase de *separación* es muy importante para evitar el temido *burn-out*; se trata de apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa (Hurtado, 2004).

Como dato derivado de una investigación sobre Valores y actitudes profesionales sobre la práctica profesional enfermera en Catalunya (Ramio, 2005), una enfermera docente al exponer la opinión sobre la formación que se da en las Escuelas de Enfermería (actualmente facultades), reconoce que las enfermeras/os docentes transmiten los conocimientos científicos con falta de crítica reflexiva. Este mismo estudio señala que las estrategias de enseñanza reflexiva han de incorporar y transmitir los valores y actitudes que confieren identidad al colectivo profesional, valores y actitudes con un perfil humanista y post-materialista que ayudan a humanizar la asistencia.

El estilo predominante en los estudiantes de último semestre de enfermería de una Universidad privada de Barranquilla es el *reflexivo*, el cual fue identificado por los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario CHAEA (Cuestionario Honey y Alonso de estilos de aprendizaje) a la totalidad de la muestra, mientras que el promedio más bajo se registró en el estilo de aprendizaje *activo* (Garizabalo, 2012).

Desde una doble perspectiva, individual y contextual, manifestada por una predisposición favorable de la persona y la organización, la reflexión aporta beneficios relacionados con la mejora de la práctica y la satisfacción de los profesionales (Page y Meerabeau, 2000) y puede convertirse en una estrategia organizacional para promover el cambio desde la base.

Para ello se sugiere que los docentes deberían considerar las características de sus estudiantes para la elección de estrategias metodológicas que permitan potenciar el desarrollo de otros estilos de aprendizaje como lo propone Canalejas (Canalejas et al., 2005).

Mediante herramientas como el role-playing y el diario de campo los alumnos pueden reflejar diálogos derivados de conversaciones que le sirven al alumno para autoevaluarse, dejando ver las actitudes que tienen en las relaciones interpersonales, como sería el estilo relacional y la comprensión empática con el paciente. El estilo relacional es el que, según Brusco (Brusco, 1999), nos va a mostrar la disposición del ayudante y el uso de poder por parte del mismo.

El diario de campo es un instrumento que nos ofrece la posibilidad de que el alumno registre los datos que le ayudan al autoconocimiento, a la observación y a la práctica reflexiva, de forma que exprese los sentimientos y las emociones que le generan ciertas situaciones. Entendiendo que el sentimiento es el resultado de una emoción a través del cual el consciente tiene acceso al estado anímico propio (Martínez, 2009), el cauce por el cual se solventa puede ser físico y/o espiritual. Forma parte de la dinámica cerebral del hombre, ya que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria. Los sentimientos tienen lugar en los aprendizajes y en la educación. Tanto respecto a los contenidos como respecto a los procesos, y también en relación con las personas, los lugares, el tiempo, las metodologías y los materiales con que aprendemos, experimentamos algunos sentimientos o emociones, para después reflexionar sobre ellos.

e identificarlos. Por esta razón las anotaciones que el alumno realice sobre las relaciones que mantiene con el paciente son interesantes para trabajar la relación ayuda.

El roleplaying, como técnica de desarrollo de habilidades, es un ejemplo de espacio para la expresión, emulación de situaciones reales susceptibles de analizar y modificar en un plano imaginativo o virtual, transferible a la realidad en la práctica asistencial (Fernández et al., 2010). El role-playing se constituye como una herramienta eficaz que nos facilita la interpretación de situaciones reales a las que los estudiantes deben enfrentarse en breve (Sanfey, 2007). El role-playing se constituye entonces como elemento integrador de la teoría y la práctica enfermera (Matínez, 2009).

El sentido profundo del role-playing radica en el esfuerzo consciente, tanto de actores como de espectadores para situarse en una situación diferente a la propia y tratar de comprender por qué el otro obra de la manera que lo hace (Cirigliano, 1969).

La capacidad de reflexión y pensamiento crítico, las habilidades de comunicación, la búsqueda selectiva de información, así como la capacidad para el aprendizaje autónomo, son competencias necesarias para el desarrollo personal y profesional en el presente siglo. El grado de ambigüedad e incertidumbre que acompaña la actividad enfermera hace necesario que el estudiante deba adiestrarse en el manejo de estrategias que le permitan hacer frente con éxito a situaciones derivadas del ejercicio de la enfermería (Bardallo et al., 2003).

Los datos derivados de una tesis presentada en la Universidad Católica Portuguesa (Brites, 2014) generan el planteamiento sobre que las escuelas deberían revisar sus planes de estudios, en términos del plan de estudios teóricos y los objetivos de nivel de prácticas, el desarrollo y estímulo de momentos informales y formales de discusión y reflexión, así como situaciones de aprendizaje práctico con el fin de mejorar la formación de los estudiantes a nivel de las habilidades relacionales y la preservación de la intimidad de los usuarios en el proceso de atención.

Pavan (Pavan et al., 2007) y otros colaboradores, realizaron una investigación titulada “La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería en Sao Pablo Brazil”, este estudio tuvo como objetivo conocer la percepción del cuidado y las relaciones entre las concepciones de los estudiantes y de los profesionales de enfermería, utilizando una escala ordinal tipo Likert con cinco puntos de adhesión que contiene 45 afirmaciones distribuidas en cinco categorías: característica personal humana, imperativo moral, afecto, relación interpersonal e intervención terapéutica. Los 171 sujetos fueron alumnos del curso de graduación y de especialización, enfermeros de la práctica y profesores. Los resultados de esta investigación apuntan que la mayor necesidad varía en la enseñanza de la teoría y su aplicación para que exista mejor práctica profesional.

La práctica clínica ayuda al alumno a integrar teoría y práctica, donde la empatía y empatía son piezas clave en la relación con el paciente. En un artículo (Carrasco, 2008) que presenta una experiencia docente realizada en los talleres teórico-prácticos de la

asignatura de enfermería médica quirúrgica, impartidos en la escuela de enfermería de la Universidad de Huelva, se pusieron de manifiesto los relatos de vida de personas con ostomías digestivas. Esta experiencia genera la reflexión de que las personas afectadas son una herramienta eficaz para educar al alumnado de Enfermería desde un enfoque de Cuidados Humanistas; de dicha reflexión se deduce que los alumnos experimentan un cambio en las percepciones de las personas portadoras de estomas de eliminación, obtenidas en su mayoría en las prácticas clínicas. Los alumnos han visto la necesidad de completar el conocimiento teórico de las enfermedades y de llevar a cabo la planificación de los cuidados estandarizados según la Metodología Enfermera. De esta forma, los aspectos teóricos y estandarizados se tienen que unir con los aspectos subjetivos de las significaciones (valores, creencias...etc.) y necesidades que presenta la persona enferma.

Las conclusiones de un estudio llevado a cabo por Gasull (2005) afirman que la teoría es un instrumento de gran utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, ya que configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos. Las enfermeras durante las entrevistas ponen de manifiesto que determinados deberes prácticos escapan a toda formulación científica de carácter teórico y que el individuo puede adquirir habilidades y conocimientos que cuestionan y amplían los postulados teóricos vigentes. En el marco de la ciencia aplicada, el progreso del saber implica ampliar conocimientos prácticos. La experiencia es un requisito previo de la pericia. Como afirma Watson (Marriner y Raile, 2007) la enfermera va madurando en su relación con los pacientes a lo largo de su carrera profesional.

La evidencia sugiere que la naturaleza y el contexto de las relaciones interpersonales juegan un papel importante para dotar a las enfermeras y promocionar esta materia en la práctica clínica, en la que los enfermeros se sirven de esa relación para formarse; de ahí surge el carácter bidireccional de la relación (Macdonald, 2003).

Es fácil encontrar referencias acerca de los beneficios que aporta la relación terapéutica tanto para el paciente como para el profesional. Sin embargo, aunque es bien conocido, se observa una contraposición teórico-práctica, ya que se asume como “tarea secundaria” en la asistencia. Algunos autores (García et al, 2004) diferencian distintos factores como la falta de tiempo (aunque de forma relativa, puesto que disponer poco tiempo no significa desaprovecharlo), la escasa formación (en relación con la falta de habilidades comunicativas y sociales) y la falta de demanda por parte del usuario (Landete, 2012).

Entre los distintos factores que determinan la relación enfermero-persona en el medio hospitalario, la falta de tiempo es el más verbalizado entre los profesionales. Se cree que la falta de técnica y de formación sobre la relación terapéutica es el factor más determinante. También llama gravemente la atención la falta de demanda por parte del usuario del sistema sanitario. En cambio, comienza a haber un reclamo de atención personalizada en su asistencia sanitaria, acogiéndose al discurso político de obtener así una mayor satisfacción de la misma. Contrariamente, el ciudadano no exige una

relación terapéutica con la enfermera y no es consciente de su participación para hacer frente a sus experiencias de salud (García et al., 2004).

También es muy importante que el paciente se sienta escuchado, sea escuchado y se escuche a sí mismo con la ayuda del profesional. Muchas veces el profesional de enfermería se queja de no disponer de tiempo para desarrollar esta actividad, pero puede que el paciente solo necesite tres minutos y esos tres minutos que se le dediquen hay que escucharlo con tranquilidad, interés, atención, respeto, sin interrumpirlo ni juzgarlo y dirigiéndose a él de manera empática y con respeto (Vidal et al, 2009). Para que el enfermero no se sienta nervioso pensando que se tiene que marchar a realizar otras tareas, es necesario que antes de comenzar la relación fije el tiempo del que dispone con el paciente; de este modo podrá organizarse mejor y, por otro lado, el paciente se sentirá mejor atendido (Cibanal, 2014).

En un sistema sanitario como el actual, en el que impera la tecnología, la aplicación de servicios al mínimo coste en plantillas reducidas, el tiempo es un factor importante para la comunicación. Paralelamente se constata que el tiempo es una variable que en algunos casos concretos no es determinante en el proceso de relación persona-enfermera, pues puede ser terapéutica a pesar de ser de corta duración (García et al., 2004).

Por otro lado, los planes oficiales de formación no suelen contemplar el entrenamiento en las habilidades que los profesionales van a tener que utilizar con una altísima frecuencia en su ejercicio profesional para identificar, reconocer, aceptar y canalizar respuestas de alta sobreimplicación emocional de los enfermos y sus familiares, desarrollar habilidades de trabajo en equipo y de comunicación, saber cómo transmitir las malas noticias o adquirir habilidades de control emocional. Parece fundamental el establecimiento de acciones formativas de carácter específico y continuado que provean a los profesionales de enfermería y auxiliares de habilidades y estrategias, las cuales les permitan desarrollar su trabajo con la máxima eficacia y al menor coste emocional posible (Ulla, 2002).

Por ello, para que la enseñanza del proceso de atención de enfermería sea efectiva, se requiere del empleo de diversas estrategias a fin de favorecer su aprendizaje en el alumno, así como de ciertas habilidades por parte de este para aplicarlo durante su formación y posteriormente en su área laboral evitando una fractura entre el saber hacer y el hacer (Franco y Campos de Carvalho, 2005).

De igual forma, se expresa una palpable preocupación en cuanto a la situación de la enseñanza del proceso de enfermería, ante la cual se requiere efectuar un cambio de actitud frente a dicho proceso, donde los profesionales de enfermería lo adopten como método de trabajo, lo que le va a permitir contar con una base científica en la práctica cotidiana al proporcionar cuidado. Del mismo modo, lo anterior propiciará un cambio en la visión del estudiante respecto a la enseñanza y aplicación del proceso de enfermería (Franco y Campos de Carvalho, 2005).

Mediante una investigación dirigida a los docentes y a los estudiantes del plan de enfermería de la Universidad Libre de Lima (Cuellar y Sánchez, 2010), los estudiantes reconocieron prácticas de formación integral relacionadas con el trato humano y las relacionadas con la exposición de los sujetos a escenarios y estrategias vivenciales impregnadas de valores. Por ello, podemos afirmar que los estudiantes resaltan la importancia de integrar en la educación profesional aspectos de formación humana, lo que establece la diferencia para el ejercicio profesional. Aspecto que también mencionan los docentes y que pone de manifiesto la importancia de su inclusión en la formación, en la línea que sigue el programa del proyecto educativo institucional.

Es muy importante que el enfermero y estudiante de enfermería reflexionen sobre su actitud al comunicarse con los pacientes en su jornada laboral y, a partir de ello, consideren importante el uso adecuado de las características de una comunicación para mejorar la relación terapéutica con el paciente, formando un cambio respecto a la imagen y perspectiva social que se tiene hacia el enfermero (Grados, 2013). Esta afirmación es fruto de las conclusiones a las que se llegaron en el del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, en las que se pone de manifiesto que la comunicación enfermero-paciente postquirúrgico mediato en el servicio de cirugía en su dimensión verbal se caracteriza por ser entrecortada de tono bajo, rápida, apresurada e incoherente; en la dimensión no verbal es inexpresiva, con postura de retirada, mirada esquiva y desatenta. Además, el perfil de la comunicación del enfermero-paciente postquirúrgico mediato se caracteriza por ser de aspecto negativo, en su mayoría con carencias de habilidades para la comunicación.

En un estudio realizado en un Hospital Público de Fortaleza-CE, los resultados señalaron que, desde la admisión hasta el alta del paciente, hay comunicación e interacción, siendo desarrollada así una relación interpersonal. En la mayoría de las veces, por supuesto, esa comunicación no es como debería ser. Se constató que la enfermera no prioriza la relación con el paciente en su tiempo de trabajo y pocos son los que diferencian a las enfermeras de los otros componentes del equipo de enfermería, lo que dificulta la fase de aproximación entre ellos y el desarrollo de una comunicación terapéutica (Calvalho et al., 2008).

La actual cultura de los cuidados y la integración de la satisfacción del usuario en el sistema sanitario, repercute en la responsabilidad de enfermería por mejorar la calidad de la asistencia. Desde el inicio de la enfermería como profesión, es bien conocido, que uno de los aspectos más importantes de la atención al individuo sano o enfermo es la comunicación, ya que permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud. Sin embargo, hoy en día continúa relegándose a un segundo plano. Habilidades y características tales como la empatía, la escucha activa, el respeto a la dignidad del individuo etc., se deben desarrollar con la finalidad de conseguir una comunicación eficaz y una relación terapéutica satisfactoria. Esto implica un gran cambio en el significado de cuidar y en la humanización del proceso asistencial (Landete, 2012).

Otro aspecto importante en relación con la comunicación es sobre el estado de salud del paciente, como un derecho a tener en cuenta. La Ley hace una apuesta decidida a favor de la autonomía de las personas, de forma que será el propio paciente capaz y libre, y no así terceros, quien decida si hace partícipe o no de los datos relativos a su estado de salud a sus familiares o allegados, y no a la inversa. Este planteamiento legal supone que algunas prácticas fundadas en el sentimiento de protección propio de una cultura que valora a la familia como estructura esencial deben ser evitadas, como por ejemplo proporcionar datos de salud a familiares del paciente sin que aquél otorgue consentimiento expreso o tácito (García, 2009).

Por otro lado, la relación que establecen los profesionales de enfermería con el paciente es netamente comunicativa, por lo que es obvia la importancia del desarrollo de las habilidades de la comunicación. La capacidad de comunicación ligada a la experiencia de cuidar personas, nos lleva a considerar que no basta con la buena voluntad y lejos de la improvisación, podemos obtener una comunicación de calidad. En la realidad existe un desequilibrio en la formación sobre habilidades técnicas y comunicativas, por lo que es necesario el buen uso de las palabras en las conversaciones de ayuda y en la lectura e interpretación de lenguaje corporal (Cánovas, 2008).

El tipo de comunicación y en consecuencia el tipo de relación que el profesor establece con los alumnos, con los pacientes y con el equipo de salud ejerce un papel fundamental en el desarrollo de todo proceso (Cestari, 2005).

En el ámbito de los servicios sanitarios, muchos problemas se originan cuando la comunicación es mala. Uno de ellos es la falta de comunicación con los profesionales sanitarios, que es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados. Entre un 30 y un 50 % de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos. La deficiente comunicación profesional-usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, perjudicando a su recuperación. Por último, está demostrado que el establecimiento de una adecuada interacción entre el profesional y los usuarios de los servicios sanitarios garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario (Vidal et al., 2009).

Las investigaciones sugieren que las habilidades comunicativas no mejoran necesariamente solo con la experiencia, sino con la formación. Se están destinando considerables esfuerzos y recursos para desarrollarlas porque dichas habilidades se pueden enseñar (Fallowfield et al, 2002 citado por Fellowes et al., 2008) y mantener con el transcurso del tiempo. Profesionales de la salud asisten especialmente a cursos y a talleres de habilidades comunicativas para mejorar la atención a sus pacientes, con el objetivo específico de fomentar un mejor conocimiento de las preocupaciones y sentimientos del paciente del sistema sanitario y posibilitar una atención óptima (Fellowes et al., 2008).

Los profesores y tutores debemos conocer los recursos y habilidades en el campo relacional para poder ofrecer al alumno la enseñanza que le lleve al aprendizaje. El tutor no solo tiene funciones evaluadoras, sino que también debe orientar la acción de los alumnos mediante el establecimiento de un clima educativo donde la comunicación fluya sin problemas. En este sentido, se hace necesaria la creación de un compromiso firme por parte de las distintas instituciones que entran en escena, como son las sanitarias y académicas, potenciando sus fortalezas así como la capacidad de las mismas. Por otra parte, se requiere profundizar en la relación de pertenencia e identificación entre docentes y profesionales asistenciales, con la finalidad de garantizar unas altas cotas de calidad en la enseñanza de los alumnos para la obtención del título de Grado en Enfermería (Solano, 2013).

El alumnado, por su parte, se posiciona claramente por un perfil de tutor que sea capaz de equilibrar los aspectos emocionales y cognitivos necesarios para lograr un aprendizaje integrado. Valora, de forma prioritaria, la calidad comunicativa de la interacción establecida, la habilidad del tutor para la escucha y la comprensión empática, el ser reconocido como sujeto autónomo capaz de autorregularse y de asumir responsabilidades en el proceso tutorial. La tutoría clínica, entendida como acompañamiento del alumno, es facilitadora de la construcción de la identidad y del proceso de maduración personal y profesional. En la filosofía educativa que sustenta este modelo, el acompañamiento trasciende los límites del aprendizaje puramente académico-disciplinar para adentrarse en espacios que tienen que ver con la formación integral del individuo a través del acompañamiento afectivo emocional como herramienta de gran valor para el desempeño académico, personal y social del estudiante (Bardallo et al., 2010).

. Los estudiantes demandan de sus docentes en las prácticas acompañamiento, explicación de los procedimientos, motivación, confianza y que el docente se ponga en el lugar de ellos. Igualmente, el uso de un lenguaje cálido y familiar; iniciar de principiante a experto, de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular, que les permita a los estudiantes disminuir el estrés y entender mejor aquello que ellos quieren aprender a hacer y amar la disciplina (Zambrano et al., 2011).

Por otro lado, se aprecia una falta de comunicación entre tutor y tutelado sobre las expectativas que uno y otro se crea, relativa a la experiencia de enseñanza-aprendizaje en la que ambos participan. Los estudiantes muestran una cierta dependencia afectiva en la interacción con el tutor y otorgan una gran relevancia a la calidez en la relación; los profesionales, excepcionalmente se implican a niveles personales y afectivos en la relación con el tutelado. Buscan una relación más formalizada, una alianza fuera de sí mismos. Reproducen con el tutelado la distancia emocional que se imponen con la persona cuidada. No obstante, son conscientes de que facilitar un clima relacional positivo influye en su motivación para enseñar y en la calidad del aprendizaje. Este clima positivo viene condicionado, la mayoría de las veces, por que el alumno reconozca su autoridad como experto y no cuestione su práctica (Bardallo et al., 2010).

El alumno tiene que afrontar nuevas situaciones para las cuales no está suficientemente preparado. Esta falta de preparación también marca el nivel de estrés en las diferentes situaciones, es decir, lleva al estudiante a vivir con altos niveles de estrés (Collados y García, 2012).

Si las quejas sobre un alumno que emite el tutor son expresadas de forma que este pueda actuar y remediar, como información muy valiosa para mejorar las cosas, vamos a extraer las potencialidades y no las miserias de la persona. Desarrollar todo su amplio abanico de potencialidades y animarles a sentirse satisfechos con lo que hacen, utilizando la crítica adecuada (Goleman, 2009).

La competencia relacional ha sido objeto de estudio en la práctica pedagógica en enfermería, revelando que los académicos de enfermería la consideran como esencial para el cuidado de calidad (Lopes et al., 2012). También existen estudios desarrollados por enfermeros que versan sobre la sensibilidad y la expresividad del profesor, denotando el creciente interés por aspectos subjetivos que impregnán la práctica de este profesional (Terra et al., 2010; Romano et al., 2011). Encontramos también otro estudio acerca de la competencia emocional de enfermeros, en una perspectiva un poco diferente donde se constata que el referencial de las neurociencias ha sido todavía poco explorado en la búsqueda de apoyo para las prácticas docentes en la enfermería (Agostinho, 2008).

Los profesores de enfermería debemos estar vinculados en el aprendizaje con el alumno, y cuidar igualmente esa relación. En un estudio de investigación, cuyo objetivo era describir el cuidado pedagógico (Zambrano et al., 2011), los estudiantes de enfermería contaban sus preocupaciones, significados, experiencias y vivencias relacionadas con las prácticas formativas. Se detectó que los estudiantes demandan de sus docentes en las prácticas acompañamiento, explicación de los procedimientos, motivación, confianza y que el docente se ponga en el lugar de ellos. Igualmente, el uso de un lenguaje cálido y familiar; iniciar de principiante a experto, de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular, que les permita a los estudiantes disminuir el estrés y entender mejor aquello que ellos quieren aprender a hacer y amar la disciplina. La conclusión fue que el cuidado pedagógico requiere, desde el modelo constructivista, modificar la manera de acompañar, supervisar y evaluar las prácticas por parte de los docentes, para que se conviertan en momentos de reflexión y aprendizaje significativo.

Formarse como tutor precisa de un esfuerzo personal unido a un tiempo y un espacio institucional que solo es posible en un entorno inclusivo, integrador de saberes, un espacio de reconocimiento que contemple la función tutorial como herramienta de aprendizaje y desarrollo personal, profesional y organizativo. La cualificación técnica del tutor por sí sola no garantiza el aprendizaje del estudiante; se requiere de un clima motivador, de una acogida afectivamente integradora que reconozca su alteridad y su valor como mediador en el crecimiento y desarrollo del tutor. Tampoco la formación técnico-profesional específica es una garantía para la correcta trasmisión del legado disciplinar (Bardallo, 2010).

El factor que influye en el nivel de ansiedad e inseguridad de las estudiantes es la acogida. Las alumnas/os en la primera experiencia práctica requieren de una enfermera/o docente que guíe y sitúe el aprendizaje. Diversos testimonios de enfermeras/os reflejan estas inquietudes, en los que utilizan expresiones como temor, miedo o “estar perdida” para expresar cómo se sienten en el primer contacto práctico (Ramio, 2005).

Es preciso ‘sentir’ para ‘aprender’. Partimos de la idea de que diversas emociones atraviesan las prácticas pedagógicas y pueden interferir en nuestras formas de aprender y, además, que la acción de enseñar puede y debe ser mediada a partir de esta constatación (Chabot, 2005).

En una investigación realizada en dos escuelas de enfermería públicas brasileñas (Rocha et al, 2013) en la que los sujetos de la investigación fueron docentes y discentes, cuyo objetivo era comprender aspectos de la interacción entre el sentir y el aprender en la perspectiva de las neurociencias, se consideró que, desde el punto de vista docente, sería necesario desarrollar estrategias de enseñanza basadas en la gestión de las emociones en el aprendizaje de los alumnos de enfermería. Para ello es necesario comprender cómo funciona el cerebro, en el momento en que este adquiere o desarrolla un nuevo conocimiento, en los aspectos relativos a la cognición o nueva habilidad técnica. Estos nuevos conocimientos contienen elementos que contribuyen con la formación del profesor, facilitan el proceso para aquel que aprende y torna más agradable el enseñar.

Tradicionalmente hemos evaluado a nuestros alumnos en el primer escalón del aprendizaje, mediante los conocimientos almacenados en su memoria y, de esta manera, el alumno ha enfocado su trabajo y participación en la retención de información. Ahora existe un nuevo enfoque centrado en competencias, la necesidad de orientar las estrategias de enseñanza hacia una facilitación del progreso y la construcción del aprendizaje del alumno. Esto es particularmente importante en una titulación como la nuestra, donde hasta ahora hemos dispuesto de un volumen de créditos prácticos y clínicos importante. Por ello, también es consecuencia de este nuevo paradigma educativo la necesidad de transformar la evaluación desde el examen tradicional hacia un enfoque de competencias que considere la capacidad del alumno de integrar información, elaborar planes de acción y tomar decisiones. La definición de estrategias de enseñanza-aprendizaje, su aplicación y evaluación suponen todo un reto para los tiempos venideros (Palomino et al., 2005).

El aprendizaje depende, en buena parte, de las vivencias anteriores de cada individuo con determinado objeto de aprensión. “Esos conocimientos previos siempre forman la base para la construcción de un nuevo conocimiento, a veces ellos deben ser integrados a nuevos conceptos e informaciones y a veces, deben ser corregidos”. El proceso de aprender es singular para cada ser humano y lo que facilita el aprendizaje de algunos, puede dificultar el de otros. Así “precisamos conocer la forma de

entendimiento del mundo que el alumno trae para poder modificarlo o contribuir para su desarrollo” (Bettancourt et al., 2011).

Las experiencias y vivencias de la formación práctica son relevantes en el proceso formativo. La formación práctica recoge las experiencias y vivencias que las enfermeras/os mejor guardan en su memoria acerca del proceso general de socialización. Reconocen que es una realidad nueva vivida en primera persona. Influye y acelera el proceso de maduración personal. Destacan en este periodo formativo algunos temas: (1) las percepciones de temor e inseguridad en las primeras experiencias prácticas, (2) el proceso de maduración personal en la formación práctica enfermera, la importancia de la relación de ayuda, sobre la técnica; (3) el valor del tiempo en el aprendizaje para aprender sobre las realidades personales y familiares diversas y la respuesta profesional así como el reconocimiento de los enfermos/as que actúa de refuerzo positivo en las estudiantes; (4) vivir y aprender de situaciones de sufrimiento de las personas que atienden realidades asistenciales que plantean dilemas éticos en las alumnas/os, identificaciones personales o en familiares de las estudiantes; (5) la imagen de la organización sanitaria a través de la observación de la alumna/o; y, finalmente, (6) descubrir nuevos campos y responsabilidades en prácticas en tercer curso (Ramio, 2005).

En la clasificación de diagnósticos de la NANDA (Nanda, 2012-2014), observamos que hay once dominios en los que aparecen organizados los diagnósticos de enfermería. Entre esos diagnósticos nos encontramos aquellos que están relacionados con el mayor o menor bienestar del paciente y su adaptación al proceso que está viviendo. Este dato es interesante para saber cómo se siente el paciente en relación a su diagnóstico y a la estancia en el hospital, de forma que nos permita trabajar junto a él las carencias afectivas o emocionales que influyan en su recuperación, mediante las intervenciones (NIC), que son las actividades que van a permitir que se cumplan los objetivos (NOC), que nos hemos planteado para la restitución de su salud. Para nosotros es muy importante preguntarnos cómo se siente el paciente, porque en esa respuesta podemos establecer una relación de ayuda. Hildergade Peplau considera que en ese proceso interpersonal se debe actuar siguiendo las fases de orientación, fase de trabajo (identificación y explotación) y de resolución (Marriner y Raile, 2007).

Sin embargo, no existe ninguna etiqueta diagnóstica que haga referencia a las relaciones interpersonales, en concreto a la relación que establecemos con el paciente para detectar el grado de acogida por parte del profesional que le atiende, así como la percepción que tiene el paciente de la acogida que realiza el enfermero, alumno en este caso, o la sensación de sentirse más o menos comprendido. En definitiva, sería la evaluación de esa relación, es decir, conocer el grado de satisfacción del paciente con el enfermero/a que le atiende y, por otro lado, cuál es la percepción del enfermero en la relación con el paciente. Dichos datos nos pueden ofrecer encaminar la relación a una mejora en los cuidados.

Con respecto a lo anterior debemos señalar que para Fontanals (Fontanals, 1994 citado por Bermejo, 1998), la relación de ayuda no se aplica a los cuidados como el proceso de atención de enfermería o el método de solución de problemas; al contrario, es intrínseca a los cuidados.

La relación de ayuda como tal no es taxonomizada, pues en sí no es una intervención en la Enfermería, sino que es la esencia de la misma, de la cual se inician el resto de cuidados. Por ello, es necesario conocer nuestra esencia para llevarla a la práctica y retomar lo que realmente somos por el objeto del cuidado y su bienestar bio-psico-social-espiritual (Muñoz et al., 2014).

Desde nuestro punto de vista, debería existir un diagnóstico o etiqueta con respecto al grado de satisfacción del paciente con la relación terapéutica y el planteamiento y el grado de implicación por parte del enfermero/a, para poder llevar a cabo las intervenciones adecuadas y dirigir nuestra atención a la mejora y resolución de los conflictos que vive el paciente durante su proceso de recuperación.

Son numerosas las publicaciones científicas que ponen de manifiesto que la relación interpersonal va a influir en el bienestar del paciente durante y después del proceso de hospitalización, pudiendo dar lugar a la alteración en el equilibrio de su salud. Entre las publicaciones científicas cabe destacar la realizada a los pacientes hemodializados (Torralba, 2008), en la que se observa que si el profesional establece una correcta relación terapéutica enfermera-paciente, el grado de satisfacción aumenta y dichos pacientes son susceptibles de ser ayudados desde la práctica enfermera, de forma que la planificación de los cuidados con estrategias que potencien un mejor afrontamiento de la enfermedad dará lugar a una mejor calidad de vida y a que la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería sea la óptima.

Stickley (Stickley, 2006) describe en sus artículos que establecer una efectiva relación terapéutica contribuye a una disminución del tiempo de recuperación. El artículo presenta como resultado que el aumento de la calidad de la comunicación enfermera disminuye la ansiedad, mejora sus habilidades de autocuras y se consigue una mayor adherencia al tratamiento. Además, los pacientes están más insatisfechos con una pobre comunicación que con otros aspectos de las curas durante la estancia hospitalaria. Actualmente muchas personas tienen enfermedades psicosociales que podrían ser tratadas a partir de una relación terapéutica, cosa que disminuiría el abuso de antidepresivos u otro tipo de tratamientos (citado por Vidal et al, 2009).

En un estudio realizado por Carvalho (Carvalho, 2008) se detectó que los enfermeros, al llevar a cabo el proceso de atención en enfermería en el que se recogen los datos necesarios del paciente para la elaboración de la valoración de enfermería, presentaban falta de eficacia en las relaciones interpersonales y en la comunicación que establecían con el paciente. Por lo tanto, se obtuvieron como conclusiones que tenemos que trabajar y desarrollar estrategias de relación interpersonal y de esta manera realizar una comunicación eficaz entre la enfermera y el paciente, ya que el proceso de comunicación terapéutica es prioritario y esencial en dicha relación.

Paralelamente a estos datos también existen folletos o encuestas de satisfacción a los pacientes sobre su estancia y el trato recibido cuando se prevé el alta hospitalaria. Estas encuestas son utilizadas como criterio de evaluación en las diferentes vías clínicas que se han llevado a cabo como trabajos de investigación consensuados, registrados y validados en el hospital. No nos podemos quedar con la percepción del “buen trato” o de simpatizar en vez de empatizar, porque entonces nos alejamos de la competencia relacional. De ahí la importancia de evaluar una mayor o menor calidad en la acogida y poner sobre la mesa las actuaciones que llevan al alumno a ser un profesional cualificado.

Hemos encontrado en los objetivos que se plantea la NANDA (NOC), los que hacen referencia a la satisfacción del paciente/usuario en relación a la comunicación y al cuidado tanto físico como psicológico. El alumno de enfermería, para adquirir una mayor competencia en su relación con el paciente, debe disponer de un diagnóstico que le permita trabajar unos objetivos y unas intervenciones de ayuda. Si nos centramos en los NIC y NOC de enfermería podemos observar que dentro de los objetivos encontramos algunos relacionados con nuestra materia en competencia relacional, como por ejemplo el equilibrio emocional, la aceptación, el estado de salud, el autocontrol de la ansiedad, el bienestar personal, la autoestima, la comunicación efectiva, las habilidades de interacción social, el nivel de ansiedad y de miedo o la satisfacción paciente/usuario. Asimismo, con las intervenciones también podemos señalar las que están en nuestra línea de investigación, como por ejemplo la escucha activa, el apoyo emocional, el apoyo espiritual, el control del estado de ánimo, la clarificación de valores, la ayuda en la modificación de sí mismo, los cuidados en la agonía, dar esperanza, la elaboración de relaciones complejas, el entrenamiento de la asertividad, facilitar la autoresponsabilidad, fomentar la resiliencia, el humor, la intervención en caso de crisis, llevar un diario, la mediación de conflictos, la mejora de la autoconfianza o del afrontamiento, la potenciación de la autoestima, la presencia ...etc.

En un artículo sobre la relación de ayuda en enfermería, Muñoz (Muñoz et al, 2014) describe la relación de ayuda y sus elementos en relación con la Enfermería, en el que propone una serie de actividades contempladas en la Taxonomía NIC correspondientes a la escucha activa a través de la intervención (4920), la presencia que es la intervención (5340) y el contacto que es la intervención (5460), basándose en datos extraídos de Bulechek (Bulechek, 2009).

Podemos nombrar muchas más intervenciones en relación a nuestro trabajo (Cánoval, 2008), las cuales nos llevan a plantearnos que, si no estamos formados, no nos vamos a sentir con la capacidad de poderlas llevar a cabo y con ello aparece la incompetencia relacional en el profesional o en el alumno. Hacemos referencia a ambos porque el profesional primero fue alumno y a su vez el alumno se convertirá en un profesional. Fruto de los sentimientos de incompetencia en el trabajo, el enfermero puede presentar signos de estrés que favorezcan a sentimientos de malestar, dando lugar al síndrome de *burn-out*. En un estudio sobre impacto del estrés ocupacional y el *burn-out* en enfermeros (Gracciano, 2010), se obtuvo como conclusión que la calidad del

cuidado prestado está relacionado directamente al bienestar del profesional que presta cuidado. De esta forma, se deben adoptar medidas que atiendan a garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional que se hace imperativo en enfermería.

Gran parte de los artículos que hemos revisado muestran datos sobre la escasa preparación que el personal de enfermería tiene sobre la relación enfermera-paciente. Esa carencia lleva al profesional a encontrar dificultades para afrontar la relación terapéutica con la persona. Tras una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la formación académica del personal de enfermería en materia de relación terapéutica (García et al., 2004), se ha llegado a la conclusión de que la relación enfermera-paciente emerge como asignatura pendiente. Una adecuada formación pre y post-graduada son necesarias y demandadas por los profesionales.

Actualmente, las escuelas universitarias no contemplan como enseñanza obligatoria el aprendizaje de las habilidades sociales para establecer una relación terapéutica. Si no se tiene una idea clara de lo que es la comunicación y la relación terapéutica podemos caer en el famoso y cada vez más real síndrome del burn-out (Cibanal et al., 2001) al obviar una de las habilidades más importantes de la profesión enfermera: la comunicación interpersonal.

Cánovas, en su tesis “Relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión” (Cánovas, 2008) señala que tan solo en la Universidad de Alicante y en las Facultades de enfermería de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Complutense de Barcelona, la asignatura de relación de ayuda se imparte como materia troncal y obligatoria durante el segundo año de carrera. En el resto de las comunidades se imparten algunas asignaturas de carácter optativo. En otras Universidades como La Coruña, Baleares, Almería, Burgos, Granada o Zaragoza se imparte con un nombre diferente al de relación de ayuda, introduciendo el término de antropología.

En relación a la formación Universitaria, hemos investigado la situación actual en la que se encuentra la profesión enfermera a día de hoy en materia relacional. Teniendo en cuenta que en el año 2008 enfermería todavía no había comenzado con el nuevo plan de conversión al grado, nos quedaba la esperanza de que esta situación de vacío en la formación sobre relación de ayuda o cuidado relacional en enfermería hubiera cambiado a nuestro favor.

A continuación, en la fig. 1., detallamos aquellas universidades que imparten asignaturas obligatorias (**ob.**) u optativas (**op.**) en materia relacional.

UNIVERSIDAD	UBICACION	ASIGNATURA	TIPO
Universidad de Alcalá	Madrid	Relaciones de ayuda mutua	Op.
Universidad de Alicante	Alicante	Psicología del cuidado y competencias emocionales en el profesional de enfermería	Ob.
Universidad de Almería	Almería	Actualización competencial en enfermería	Ob.
Universidad Antonio de Nebrija	Madrid	Talleres de competencias interprofesionales	Op.
Universidad Camilo José Cela	Madrid	Habilidades en la comunicación interpersonal	Ob.
UCAM	Murcia	Inteligencia emocional en enfermería	Op.
Universidad de Cádiz	Cádiz	Habilidades en la comunicación interpersonal	Ob.
Universidad de Cádiz	Cádiz	Competencias emocionales en los profesionales de la salud	Op.
Universidad de Córdoba	Córdoba	Habilidades sociales y relaciones humanas	Op.
Universidad Europea de Madrid	Madrid	Habilidades para comunicar y educar en salud	Ob.
Universidad Europea de Valencia	Valencia	Habilidades para comunicar y educar en salud	Ob.
Universidad de Extremadura	Cáceres	Métodos y técnicas de comunicación	Op.
Universidad Fernando de Pessoa	Canarias	Habilidades sociales y relaciones humanas.	Op.
Universidad Francisco de Vitoria	Madrid	Técnicas y habilidades de información y comunicación	Ob.
Universidad Jaume I	Castellón	Habilidades sociales para el cuidado	
Universidad de Jaén	Jaén	Relaciones humanas y terapéuticas en enfermería	Ob.

Universidad de la Laguna	Tenerife	Habilidades interpersonales para la competencia social	Op.
Universidad de León	Leon	Comunicación y habilidades sociales en salud	Op.
Universidad de las palmas de Gran Canaria	Canarias	Técnicas de comunicación y relación de ayuda	Ob.
Universidad del país Vasco	Bizkaia	Relación y comunicación para el cuidado	Ob.
Universidad de San Jorge	Zaragoza	Habilidades para comunicar y educar en salud	Op.
Universidad de Vic	Catalunya	Técnicas de comunicación	Op.

Fig. 1. Universidades Españolas donde se imparten asignaturas relacionadas con la competencia relacional.
Elaboración propia.

Es innegable que la universidad necesita y reclama urgentes, profundas y drásticas reformas, porque no es rentable. Precisa de una constante inversión en materiales, recursos e infraestructuras docentes e investigadoras. Algunos docentes han sido conscientes de las deficiencias existentes en los planes de estudio, en sus métodos pedagógicos, en sus técnicas didácticas y en sus resultados sociales, que es donde revierte su trabajo y han sido muchos los que han logrado reciclarse, de forma extremadamente dificultosa, empleando nuevas herramientas metodológicas y diversos recursos, para así alentar su nueva concepción de los profesionales (Seva, 2009).

Para formar y evaluar en competencias, el cambio europeo de los estudios de grado en Enfermería obliga a los profesionales docentes, gestores y asistenciales a establecer criterios claros y coherentes que garanticen una evaluación de calidad de las competencias clínicas de los futuros profesionales y así homogeneizar la formación en Europa (Alorda, 2009).

5.- MARCO REFERENCIAL



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.1.-MARCO CONCEPTUAL

5.1.1.-LA COMUNICACIÓN.

5.1.2.-LA INTERACCIÓN.

5.1.3.-LA PERSONA.

5.1.4.-LA RELACIÓN Y EL CUIDADO.

5.1.5.-LA FORMACIÓN.

5.1.6.-LAS HERRAMIENTAS UTILIZADAS.

5.2.-MARCO TEÓRICO.

5.2.1.-TENDENCIAS CUALITATIVAS.

5.2.2.-MODELOS TEÓRICOS.

5.3.-MARCO HISTÓRICO.**5.4.-MARCO CONTEXTUAL**

5.4.1.-LA UNIVERSIDAD.

5.4.2.-EL HOSPITAL.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.-MARCO REFERENCIAL

Un *marco* puede ser considerado como un concepto que delimita un espacio determinado, espacio dentro del cual puede ser ‘ubicado’ algún elemento de cualquier situación (Ortíz, 2006). Por ello, es necesario delimitar el marco de referencia de nuestro objeto de estudio “La Competencia Relacional como Aprendizaje Fundamental de los Alumnos de Enfermería en las Prácticas Clínicas”, y así establecer los límites del fenómeno que estudiamos, para darle un enfoque disciplinar relacionado con los aspectos que servirán de base o explicarán el estudio a realizar.

El marco de referencia nos ayuda a observar una realidad y se orienta con base en los elementos derivados de un esquema conceptual y su definición, en el cuerpo teórico que lo sustenta, en los antecedentes del problema y el tratamiento previo que se le haya dado, así como en la descripción de la situación en tiempo y lugar en que tiene efecto el fenómeno que tratamos (Ortíz, 2006).

En primer lugar delimitamos a fin de establecer el ámbito de acción mediante el marco referencial, para después vincular diferentes elementos de un contexto que se vinculan con conceptos, teorías, antecedentes y situaciones temporales y espaciales. Como podemos observar en el esquema (Ortíz, 2006) corresponden al marco conceptual, Teórico, Histórico y Contextual.

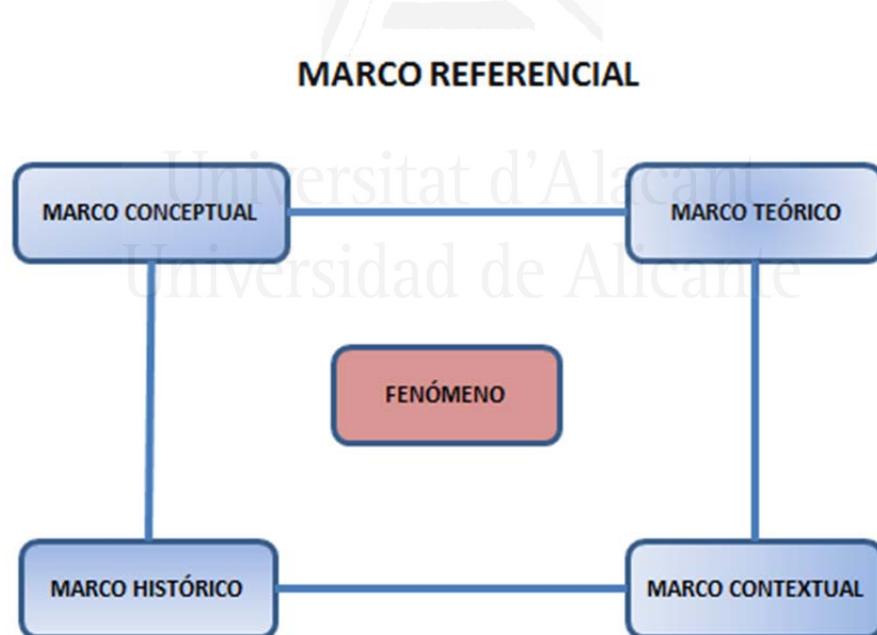


Fig. 2. Marco Referencial extraido de Ortíz (Ortíz, 2006).

5.1.-MARCO CONCEPTUAL.

El marco conceptual nos permite integrar el esquema mental de la realidad que observamos en nuestro fenómeno de estudio y la definición de los conceptos que nos sirven de base para estructurar el fundamento teórico de nuestra investigación.

El marco conceptual constituye una representación abstracta que explica una perspectiva de la disciplina que guía la investigación. En general, teorías, modelos y sistemas conceptuales poseen una estructura idéntica, ya que están compuestos por enunciados de relación que pretenden describir o explicar los fenómenos y los sistemas (Pinedo, 2011).

Sabemos que no nos es posible estudiar la totalidad de fenómenos que ocurren en las prácticas de los alumnos de tercero de grado de enfermería en el hospital Reina Sofía de Murcia y tampoco podemos percibir la totalidad de la relación que existe entre esos fenómenos. Por ello, es necesario llegar a ciertos procesos intelectuales denominados abstractos (Eyssautier, 2002) de forma que nos sea posible identificar las características o cualidades de nuestro fenómeno de estudio, así como el lugar que ocupa en el contexto donde lo ubiquemos, a fin de conocer su naturaleza.

Nuestro marco conceptual se basa en las ideas o principios que explican los hechos observados, la observación del estudiante de enfermería en las prácticas clínicas nos lleva a conocer las habilidades relacionales mostradas por los alumnos en el cuidado de los pacientes, de forma que se detecte el grado de destreza o dificultad que el alumno establece y percibe en la relación con el paciente. A partir de aquí nuestro cometido es formar al alumno mediante un aprendizaje basado en ser y sentir, de manera que las experiencias y vivencias de la formación práctica sean relevantes en el proceso formativo y contribuir a que se despierte el interés en el alumno de forma que considere la competencia relacional como parte esencial del cuidado.

Todo ello nos lleva a establecer un orden, identificando las relaciones causales que pueden dar lugar a que se establezca o no la relación de ayuda, de forma que permita el conocimiento al investigador y al propio alumno que va a necesitar de su propio autoconocimiento, así como de los antecedentes, para que todo este proceso se lleve a cabo y de las consecuencias que pueden derivarse de este estudio. El marco conceptual orienta la actuación de enfermería, ya que define la meta que se persigue, permitiéndonos la representación teórica de la intervención práctica sobre el terreno, la explicación de la esencia en su acción y da sentido al proceso de atención de enfermería (P.A.E.) que podemos construir en la relación con el paciente.

De este modo, conocer la competencia relacional de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas es un hecho que vamos a observar, realizando una abstracción. En otras palabras, reducimos el fenómeno orientándolo hacia el cuidado relacional y lo articulamos con otros elementos como la formación, el cuidado, el alumno, el paciente, la salud y la relación, derivando todo en una serie de conceptos donde podemos percibir su relación.

Desde una perspectiva fenomenológica, vamos a adentrarnos en los elementos que forman el metaparadigma que son los que aparecen en la figura 3, en la que damos el espacio que le corresponde a la relación interpersonal, de forma que abraza a dichos elementos: la salud, la persona, el entorno y el propio cuidado, desde el que nos encaminamos a que se establezca una relación más competente, en la que se agrega un concepto de cuidado holístico al paciente, centrado en la relación, es el denominado Cuidado Relacional, donde se va a asentar nuestro paradigma.

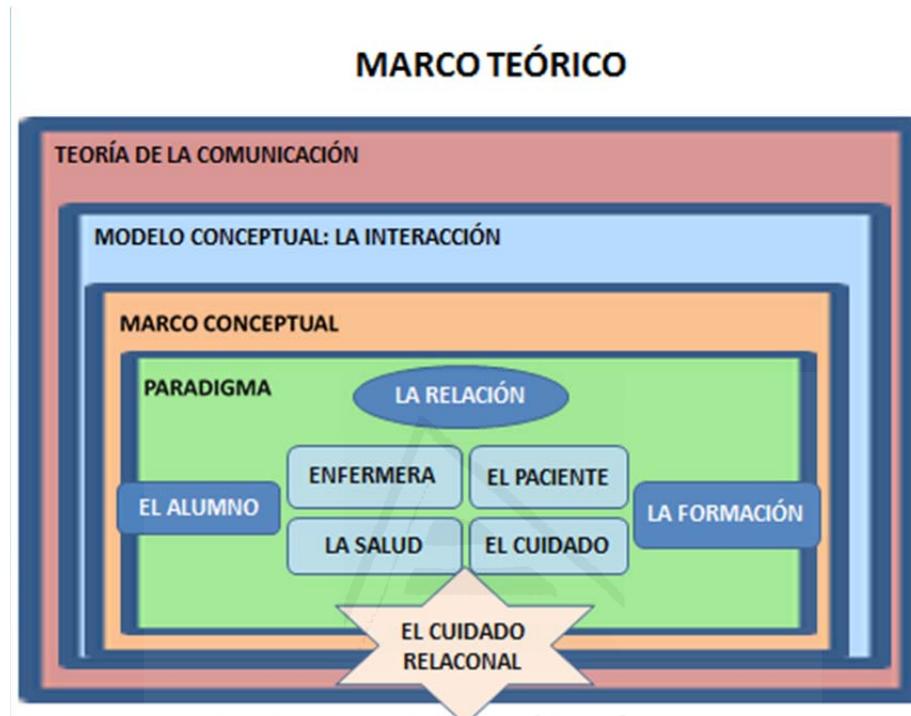


Fig.3. Definiciones extractadas de Marriner Tomey (Marriner y Raile, 2007).

Este trabajo de investigación cualitativa nos permite conocer y comprender la esencia de la relación que el alumno establece con el paciente y las experiencias en los fenómenos tanto de salud como de enfermedad, vividos por el paciente. Todo ello vivenciado, captado y descubierto por los alumnos de enfermería en la cotidianidad de los seres humanos.

Por ello, es necesario clarificar los conceptos y las conexiones que hay entre los elementos que van a formar parte del fundamento de la tesis.

5.1.1.-La comunicación

La comunicación se puede definir según la Real Academia de la Lengua Española como la transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

No obstante, la definición de comunicación es mucho más amplia, ya que supone un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano, en la

que el significado de las palabras está en las personas, no en las palabras. La comunicación es, por tanto, un proceso circular en el que los participantes deben a su vez ser emisor y receptor, donde se debe dar lugar una retroalimentación en la que se transmite la significación de los hechos y es muy importante la habilidad para comunicarse (Cibanal, 2014).

5.1.2.-La interacción

La interacción es la acción, relación o influencia recíproca entre dos o más personas o cosas. En nuestro estudio se basa en relación con el paciente.

La comunicación interaccional nos pone de manifiesto el carácter recíproco y mutuo de la comunicación. Implica a las dos personas que quieren entrar en relación y que deben ser capaces de ponerse en el puesto del otro (Cibanal, 2014).

Morse (Morse et al., 1990) habla del cuidado como una relación interpersonal o interacción personal donde se da la comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Desde esta perspectiva, se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación (Stockdale et al., 2000).

Por ello, en nuestro trabajo asumimos la realidad como multidimensional, desde una perspectiva interactiva-integrativa en la que se tiene en cuenta el contexto y las dimensiones de la persona, biológica, psicológica, social y espiritual, donde los fenómenos de interés son el conocimiento personal, el reconocimiento del patrón, los pensamientos, los valores, los sentimientos, las decisiones, los propósitos del individuo, las experiencias internas, los sentidos (Newman et al., 1991).

5.1.3.-La persona

“Si queréis manejar a un hombre, habéis de conocer primeramente su naturaleza o sus modos, para así manipularlo; o sus fines, y así persuadirle; o su debilidad y desventajas, para amedrentarle; o bien a aquellos que tienen influencia sobre él, para así gobernarle. Al enfrentarnos con personas arteras, hemos de considerar así mismo sus finalidades, para interpretar sus discursos, siendo preferible decirles lo menos posible y aquello que menos esperan.” (Bacon, 1986).

La persona es un proceso en permanente crecimiento, en continua superación y adaptación constante. Si olvidamos estos principios, estamos negando la esencia de nuestra realidad y con ello las posibilidades de evolución, aprendizaje y enriquecimiento que cualquier vida conlleva (Álava, 2003).

En las relaciones interpersonales, el protagonista es la propia persona, la persona en todas sus dimensiones con las influencias y proyecciones que le son propias. Así, estudiamos a la persona desde los factores que influyen en sus relaciones de enseñanza y experiencia, del día a día.

Por lo tanto, cuando nos referimos al alumno, paciente, docente etc., no debemos olvidar que todos son personas con la definición que ello conlleva; personas que desempeñan un rol en un determinado momento, ya que ese rol se puede intercambiar a lo largo de la vida, de forma que tengamos sentimientos y emociones de todos y cada uno de ellos favoreciendo la empatía que conlleva ponerse en el lugar del otro.

5.1.3.1- La persona: el paciente.

A la persona, cuando ingresa en el hospital, se le denomina “paciente” y se espera de ella que se comporte de una forma concreta, como un rol social (Parson, 1951), al que Parson denominó “rol de enfermo”, que se define como un conjunto de comportamientos de un individuo cuando está enfermo. De esta forma, la persona adquiere beneficios pero también una serie de obligaciones. Por ejemplo está excusado de sus funciones sociales, como obligaciones del trabajo, de la familia, etc; por otro lado, la responsabilidad del paciente pasa por recuperarse buscando ayuda y cooperando para su recuperación.

Cuando la persona está hospitalizada se produce un cambio en su entorno que exige una adaptación a nuevas situaciones, a unas normas nuevas donde prima la generalidad sobre la individualidad. Debe hacer un sobreesfuerzo movido por el estrés, la ansiedad y la vulnerabilidad (García, 2004). En relación a estos parámetros, no olvidemos que el paciente, durante su proceso hospitalario, es destinatario de información o noticias que no siempre son las que desea.

El entorno parte de la propia vivencia del paciente, ya que varía según la realidad que el paciente vive. Por tanto, la influencia del entorno en el paciente es importante pero depende de cómo lo viva; así, sus dimensiones son realmente las que van a determinar la adaptación de éste al entorno.

5.1.3.1.1-La salud

Cada vez se habla más de salud integral, de salud holística. El término “holos” proviene del griego y significa todo, entero, total, completo y puede usarse como sinónimo de “integral”. Parece que cada vez somos más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global, integral. Si no fuera así, las profesiones humanas de salud se aproximarían a la práctica veterinaria sobre cuerpos humanos. Acompañar en sentido integral al enfermo, implica promover su salud relacional (Bermejo, 2005).

Acompañar, cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir, en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual y religiosa.

Cuando hablamos de salud emocional nos referimos a ella en el marco de ese acompañamiento holístico, dentro de la dimensión emotiva. Queremos generar salud emocional como manejo responsable de los sentimientos, reconociéndolos, dándoles nombre, aceptándolos, integrándolos y aprovechando su energía al servicio de los valores. La persona sana emocionalmente controla sus sentimientos de manera asertiva, afirmativa (Bermejo, 2005).

5.1.3.2-La persona: el alumno.

La palabra *alumnus* procede de un antiguo participio pasivo del verbo *alere*, que significaba “alimentar”. Se puede decir que un alumno es ‘alguien que se está alimentando de conocimientos’.

El alumno es una figura que se está gestando e impregnando de conocimiento. Todo aquello que aprenda será proyectado en su quehacer como futuro profesional, la semilla que queda bien consolidada germinará y dará su fruto, nosotros, los profesores y tutores podemos ayudar a que el terreno esté preparado, pero hemos de señalar que para formarle antes se debe formar el tutor.

Para poder establecer competencias relacionales previamente debemos analizar al individuo objeto de estudio, o sea, al alumno, dentro de la unidad donde realiza las prácticas para conocer cómo lleva a cabo su competencia relacional. El alumno es una figura que se está gestando e impregnando de conocimiento. Todo aquello que aprenda será proyectado en su quehacer como futuro profesional; la semilla que queda bien consolidada germinará y dará su fruto. Nosotros, los profesores y tutores, podemos ayudar a que el terreno esté preparado, pero hemos de señalar que para formarle antes se debe formar el tutor.

El alumno llega a la unidad donde comienza las prácticas con una cierta preocupación a no saber actuar y desenvolverse, combinada con la ilusión de llevar a cabo aquello que la teoría le ha aportado en sus estudios universitarios. Los conocimientos teóricos junto al manejo de dicha práctica van a perfilar la silueta de un futuro profesional, que se va construyendo con la personalidad y educación que ha recibido a lo largo de su vida. Todos estos ingredientes dan lugar a la figura del enfermero/a en un ámbito laboral en el que a su vez será tutor, como un círculo que encaja y forma una espiral continua de enseñanza-aprendizaje.

Si el alumno conoce los recursos que existen en materia de relación, ese conocimiento le capacitará y sabrá elegir los más adecuados, para que le ayuden a integrarse y moverse, dentro del contexto relacional en sus prácticas clínicas. De esta forma conocerá sus capacidades y por supuesto también sus carencias.

La relación tutor-alumno-paciente actúa a modo de engranaje, como apreciamos en la figura 4, donde el inicio de la relación se crea con la sola presencia de las personas que la integran, y el movimiento se produce cuando las figuras comienzan a girar en el sentido adecuado, sin torpeza, cuando hay capacitación para llevar la relación al grado

de ayuda necesario, de modo que capacite al tutor a dar la formación necesaria, capacite al alumno a dar la ayuda que demanda el paciente, y capacite al paciente a utilizar los recursos necesarios que le llevan a gestionar su conflicto. Si todos generan el movimiento en la dirección adecuada, la relación da su fruto y la energía del movimiento está encaminada a favorecer la salud.

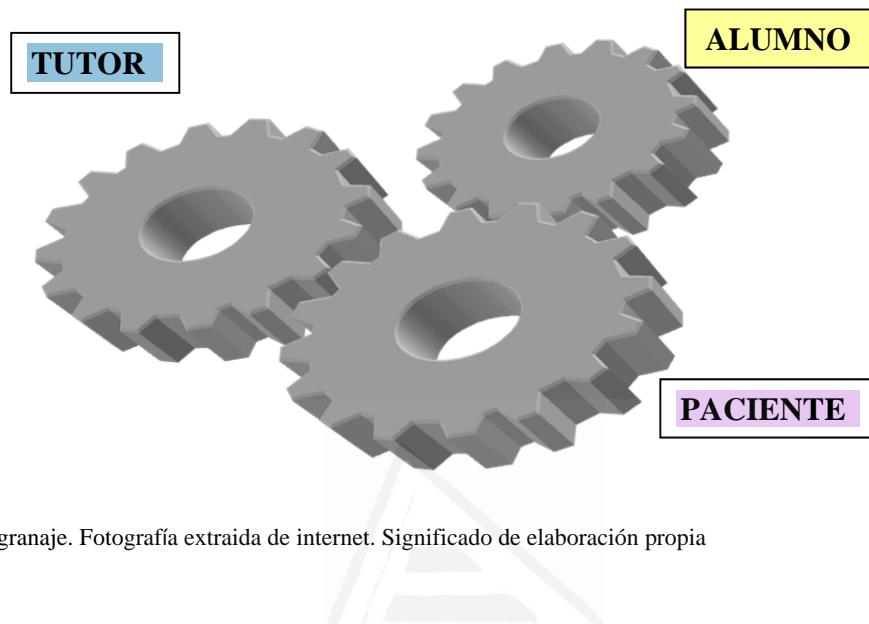


Fig. 4. Engranaje. Fotografía extraída de internet. Significado de elaboración propia

El alumno tiene la capacidad de formar ideas y representaciones de la realidad que vive en su mente relacionando unas con otras, dando lugar a pensamientos que son los responsables de sus emociones. Estas emociones son alteraciones del ánimo acompañadas de cierta commoción somática. La respuesta que éste da frente a las experiencias que vive se traduce en sentimientos. Es importante controlar los pensamientos irrationales y las conductas si son impulsivas o agresivas, así como culpar a los demás ante cualquier contratiempo, desarrollando habilidades interpersonales, como son el diálogo o ponerse en el lugar de los demás. En caso de que no se pueda controlar, debemos ser capaces de pedir disculpas sin prepotencia y con el diálogo por delante. Si aprendemos a controlar nuestros contratiempos controlaremos nuestra vida.

Cuando el alumno vive situaciones en la relación con el paciente que le generan incompetencia, esas vivencias le dan la oportunidad de mostrar los recursos y habilidades que tiene. De este modo va a desarrollar una mayor experiencia que, si la enriquece del conocimiento necesario y encaminado a la relación, aumentará su competencia y destreza ante las situaciones presentes y futuras.

Se pueden cometer muchos errores cuando estamos tensos, nerviosos, desmoralizados o angustiados; de ahí la importancia de que el alumno se conozca a sí mismo, para identificar sus pensamientos, sentimientos y emociones y así poder controlarlos.

Patricia Benner (Marriner, 2007) ya hacía referencia a las distintas fases por las que pasa el alumno, desde principiante, hasta experto, según el modelo situacional de Deyfus (citado por Marriner, 2007).

Según Gargallo (Gargallo et al., 2007) el aprendiz estratégico es aquel que ha aprendido a observar, evaluar, planificar y controlar sus propios procesos de aprendizaje. Por ello sabe cómo aprende, descubre sus posibilidades y limitaciones, así puede controlar y regular sus procesos de aprendizaje para adecuarlos a los objetivos y al contexto para optimizar el rendimiento. Es capaz de buscar artilugios para memorizar, conceptualizar y planificar su tiempo además de evaluar el propio desempeño y, si una estrategia no funciona, cambiarla para lograr su propósito. Asimismo, este tipo de estudiante es capaz de motivarse para el trabajo duro, sentirse competente y valorarse por lo que es, así como de generalizar y transferir sus conocimientos y habilidades, evitando que queden exclusivamente vinculados a las situaciones de aula donde fueron aprendidos, utilizándolos para abordar tareas diversas para enfrentarse con éxito a la vida.

A veces un alumno no es un alumno difícil sino un aprendiz de la vida que requiere de un tiempo para crecer como persona y encontrar su lugar como alumno.

A veces un maestro no es despiadado e inaccesible, sino un docente que hace su trabajo como sabe y que como persona también debe encontrar su lugar. Las dos personas, tutor y alumno, deben ponerse uno en el lugar del otro y acercarse a una línea de entendimiento en la que ambos empaticen y se ayuden mutuamente.

5.1.3.2.1.-La motivación

La motivación proviene del latín *motivus* (movimiento) y el sufijo *-ción* (acción) son los estímulos que mueven a la persona a llevar a cabo alguna acción. Por lo tanto, supone la voluntad de realizar un esfuerzo.

El primer paso de la educación es fomentar al alumno la motivación adecuada, actuando en lo que el alumno desea, en los incentivos que produce y en aquello que facilita a que se produzca (Marina, 2011).

La motivación positiva desempeña un importante papel sobre el rendimiento cuando está ligada a sentimientos tales como el entusiasmo, la perseverancia y la confianza.

Si el alumno, en relación a su tarea en la práctica clínica diaria, recibe la información en forma de quejas o acusaciones personales, ésta producirá en él disgusto, y desprecio, dando lugar a reacciones de defensa que generan falta de responsabilidad y una actitud de pasividad sintiéndose así maltratado. Algunas frases generan en el alumno sentimientos de desconfianza como “este alumno no sirve para ser enfermero”, “no tienes ni idea de hacer nada” o “lo estás haciendo todo mal”. Estas son, según D.Goleman (2009), afirmaciones generalizadas y universales que hieren, produciendo sentimientos de impotencia y enojo, ya que es complicado actuar para poner remedio a

dicha crítica. El alumno se siente desmotivado y desconfiado hacia la persona que las emite. Ante todo ello, el alumno reaccionará poniéndose a la defensiva, disculpándose, eludiendo la responsabilidad o puede que se encierre en sí mismo, provocando desánimo y frustración, todo ello en mayor o menor medida.

Cuando un alumno pierde la ilusión es como si perdiera el sentido de lo que le rodea, si no hay ilusión el alumno hace las cosas por obligación y la responsabilidad se deteriora malgastando esfuerzos. Todo ello produce una insatisfacción permanente. Por lo tanto, debe encontrar el equilibrio entre lo que debe hacer, lo que quiere conseguir y lo que le gustaría realizar (Álava, 2003). Al perder la confianza en sí mismo se le desmorona todo y es difícil reaccionar. No obstante, no debe dejarse llevar por la apatía, el desencanto y la tristeza. En este caso, el tutor debe mostrar confianza en sus posibilidades.

Según María Jesús Álava Reyes (Álava, 2003) los primeros aspectos que hay que trabajar cuando se ha perdido la ilusión es volver a encontrar la misión, la meta que justifica los esfuerzos y da sentido a la vida. A veces, realizando un análisis, vemos que se deben crear nuevos objetivos porque los antiguos quedaron obsoletos y a partir de ese análisis vemos lo que no se veía en un principio. De esta forma volverá a sentir que tiene una misión porque, si no lo siente así, será el principio de su desaliento. Para encontrar ilusiones nuevas tenemos que hacer algunos cambios como desarrollar e implantar nuevos hábitos que nos permitan poner nuestros pensamientos al servicio de nuestros objetivos.

5.1.3.3-La persona: el docente.

El Tutor

La figura del tutor se proyecta como orientador o guía que apoya al alumno y va a dirigir su formación, por lo que se le atribuyen funciones de acompañamiento, consejo, orientación y evaluación de los alumnos durante sus prácticas clínicas, también debe orientar la acción de los alumnos mediante el establecimiento de un clima educativo donde la comunicación fluya sin problemas. Por ello, es necesario que las instituciones sanitarias y académicas favorezcan la formación del tutor para garantizar unas altas cotas de calidad en la enseñanza de los alumnos para la obtención del título de Grado en Enfermería (Solano, 2013).

Nosotros, como profesionales enfermeros y profesores, debemos estar formados en materia relacional para facilitarle y guiar en ese camino al alumno, no solo como acompañantes, sino como modelo a seguir, a fin de establecer la relación de ayuda y así poder orientar al alumno en sus prácticas. De este modo, si existen dificultades, les podemos ayudar y redirigir, para lo cual deberíamos formar también a los tutores de prácticas. Si el profesor solo fuera un acompañante no guiaría al alumno. Quien acompaña, enriquece pero no guía. Quien guía, marca objetivos y puede evaluarlos, mientras que el acompañante no. Sin embargo, realmente quien debe hacer el trayecto es el propio alumno, siempre y al final él mismo debe hacer un recuento de esos valores

que se encaminan a la humanización. El alumno debe conocerlos, enumerarlos, integrarlos en sus relaciones y trabajar la empatía, la escucha, los sentimientos, las emociones, la comunicación, etc., clarificando cada término y verificando que en la relación con la otra persona, ambos hablan de lo mismo (Cibanal, 2014).

5.1.3.3.1-La evaluación intermedia

Con respecto a la evaluación del tutor, es importante que se lleve a cabo una evaluación intermedia ya que con esta se fomenta el diálogo y la comunicación. Si presenta alguna dificultad, el alumno sabrá en qué debe esforzarse, qué competencias tiene que desarrollar, qué aspectos de sí mismo conviene modificar y qué metas hay que redefinir o adaptar, potenciando así las habilidades sociales.

A veces, el momento de evaluar al alumno se puede hacer complicado si no ha habido previamente una evaluación intermedia que puede plantear el tutor o el propio alumno. Esta nos permite saber por dónde va y a dónde se dirige, qué puede mejorar, cuáles son sus debilidades y capacidades. De esta manera, no le resultará sorprendente el resultado final, puesto que ya sabía cómo se estaban desarrollando las prácticas. Por ello, siempre hacemos mención a que esta evaluación se debe dar en toda tutorización de prácticas, permitiendo que esa relación tutor-alumno se pueda encauzar o mantener según sea su curso.

Esta evaluación fomenta el diálogo y la comunicación; si presenta alguna dificultad, el alumno sabrá en qué debe esforzarse, qué competencias tiene que desarrollar, qué aspectos de sí mismo conviene modificar y qué metas hay que redefinir o adaptar, potenciando así las habilidades sociales. En este sentido, es importante una evaluación intermedia de las prácticas del alumno.

Por otro lado, cuando el tutor va a comunicar alguna mejora o esfuerzo por parte del alumno, debe buscar el clima adecuado, en privado y teniendo en cuenta las premisas de Levinson (Levinson, 1992), es decir, dirigir el problema, siendo concreto, diciéndole lo que hace bien y lo que no hace bien y cómo puede cambiarlo, sin ambigüedades, cuál es el problema, en lo que está equivocado, cómo le hace sentir y qué es lo que puede cambiar. Así se evita la transmisión de mensajes erróneos.

5.1.3.3.2-La crítica

La crítica adecuada puede ser una de las herramientas más poderosas con las que cuenta un profesor-tutor. La crítica destructiva genera impotencia, rabia y desaliento. Sin embargo, la crítica constructiva alimenta la esperanza de hacerlo mejor y también sugiere el modo más adecuado de acometer cualquier acción o actividad. También se centra en lo que la persona ha hecho, la acción y en lo que puede hacer, potencialidades en el individuo (Goleman, 2009).

Harry Levinson (Levinson, 1992) aconseja que, cuando se realice la crítica, debemos ser concretos, ofrecer soluciones, permanecer presente y permanecer sensible,

así como desarrollar todo su amplio abanico de potencialidades y animarles a sentirse satisfechos con lo que hacen, utilizando la crítica adecuada.

5.1.3.3.3.-El prejuicio.

La enfermera debe conocerse, tener una capacidad de introspección, tener conciencia de sus propios valores y prejuicios, así como de sus debilidades y fuerzas (García, 2005). Cuando realizamos la valoración de enfermería como profesionales debemos hacer un análisis de nuestros propios valores y prejuicios, de forma que minimicemos el sesgo que se produce en el proceso de transformar la información que nos ofrece el paciente en datos útiles para la entrevista.

Los prejuicios no pueden ser desarrraigados con facilidad, por lo que es más práctico tratar de eliminar la expresión de los prejuicios que intentar cambiar esa actitud, ya que se adquieren a edades tempranas. Tal vez los prejuicios no puedan erradicarse, pero lo que sí puede eliminarse es el acto del prejuicio (Goleman, 2009).

El problema no son las personas, los lugares, ni las situaciones, sino los pensamientos que tenemos acerca de ellos (Len, citado por Vitale, 2011).

5.1.4-La Relación y el Cuidado.

5.1.4.1-La Relación.

Hildegard Peplau, en su modelo de cuidado para enfermería, plantea cómo en las relaciones interpersonales con los pacientes, la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los sentimientos, para incorporarlos al cuidado y ayudarlos a dirigir sus potencialidades hacia formas útiles para sobrellevar sus dolencias (Mejía, 2006).

A su vez, una persona vive sanamente las relaciones con los demás cuando éstas están impregnadas de buen uso de la mirada, cuando es capaz de experimentar ternura, equilibrio y vive el contacto corporal de manera personal y positiva. Una persona indica salud relacional cuando se reconoce interdependiente, no exclusivamente independiente ni dependiente, sino que reconoce las diferentes interdependencias en los diferentes ámbitos de la vida (Bermejo, 2012).

El amor lleva a la comprensión, la comprensión lleva a la paciencia y entonces parece que se detiene el tiempo, ya no hay prisa cuando vivimos ese preciso momento. Para poder comprender, debemos establecer relaciones donde la paciencia y la competencia es necesaria. Para ayudar a la persona es muy importante escuchar y debemos estar preparados y atentos al diálogo, a la comunicación. El hecho de saber escuchar constituye una habilidad que contribuye a mantener en un estado de salud idóneo las relaciones humanas.

Aunque las relaciones pueden ser de vital importancia y utilidad para el desarrollo de la competencia emocional, esa utilidad dependerá de la calidad de dichas

relaciones. No todas ellas resultarán igualmente beneficiosas para el fomento de la competencia emocional, las hay incluso que pudieran ser destructivas (Goleman y Chemiss, 2005).

Nuestro estudio se basa en la relación con el paciente, pero no podemos dejar de mencionar las demás relaciones que el alumno establece con el resto de compañeros, en concreto con el tutor, ya que es la primera relación duradera que mantiene el alumno y la que le genera incertidumbre con respecto a su evaluación, en la que siempre debe primar la responsabilidad y el cuidado. Es una relación que, como explico e ilusto en este estudio, a modo de engranaje, genera conocimiento y fusiona los tres saberes (saber, saber hacer, saber ser y estar), en la que se produce una necesidad por parte del alumno de recibir el conocimiento y la experiencia del tutor, y otra necesidad por parte del tutor de mostrar al alumno su saber, saber hacer y saber ser y estar, formando un conjunto que se complementa y se retroalimenta. Cuando una de las piezas da en menor medida o simplemente no da la parte que le corresponde, entonces se enlentece o se frena el movimiento y pierde su función. Cuidar la relación supone engrasar y evitar un rozamiento innecesario para que las piezas funcionen correctamente.

5.1.4.1.1.-La relación de ayuda

Según Luis Cibanal (Cibanal, 2014) la relación de ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos en el que uno de los interlocutores (enfermero) captará las necesidades del otro (paciente), con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

Podemos establecer muchas relaciones con el paciente pero no significa que éstas vayan a ser de ayuda; incluso puede que en vez de ayudar, perjudiquemos a la persona.

La formación en relación de ayuda comprende una serie de objetivos, características y habilidades interpersonales que no vamos a tratar en este estudio, pero a las que hacemos referencia en algunos apartados. En este apartado en concreto mencionamos tres de las actitudes que debe tener el alumno en relación de ayuda: la empatía, la ecpatía y el feedback.

Escogemos estas actitudes porque el alumno hace mención al término empatía, que es con el que está más familiarizado, al definir la relación de ayuda. Las otras actitudes van de la mano de la empatía porque para poder comprender al otro no puedo interpretar lo que dice, sino que debo aclarar mediante feedback. Por otro lado, la ecpatía va ligada al término empatía y es el inicio y el cierre del proceso empático. En el apartado de análisis también tenemos en cuenta la escucha activa del alumno pero desde los textos transcritos. De este modo, no podemos abordar la escucha en todas sus dimensiones, porque disponemos de grabaciones de las entrevistas en audio y no en video (los alumnos aceptaron la grabación en audio pero no en video, porque se ponían más nerviosos) de forma que no se puede valorar la escucha desde la dimensión física, solo los silencios en los que observamos si se lleva a cabo o no el feedback.

5.1.4.1.1.-La Empatía.

Este término procede del griego, *em-patheia* “sentir dentro”. Es uno de los elementos clave de la inteligencia emocional.

La empatía que consiste en escuchar los sentimientos reales subyacentes al mensaje real, es el modo más eficaz de escuchar sin adoptar una actitud defensiva. La empatía desaparece en el mismo momento en que nuestros sentimientos son tan poderosos como para anular todo lo demás y no dejar abierta la menor posibilidad de sintonizar con el otro (Goleman, 2009).

La empatía es una actitud. Por ello, el autocontrol y la empatía son la base sobre la que se desarrollan las “habilidades interpersonales”. Estas son las actitudes sociales que garantizan la eficacia en el trato con los demás y cuya falta conduce a la ineptitud social o al fracaso interpersonal reiterado. La carencia de estas habilidades da lugar a que personas intelectualmente brillantes fracasen en sus relaciones y resulten arrogantes e insensibles. Estas habilidades sociales son las que nos permiten relacionarnos con los demás, movilizarles, inspirarles, persuadirles, influirles y tranquilizarles; profundizar, en suma, en el mundo de las emociones (Goleman, 2009).

Los beneficios de esta actitud, según Tausch y Tausch (1987), son que suscita sentimientos y experiencias relevantes, estimula la autoexploración, favorece la autoconfrontación y transforma constructivamente a los interlocutores.

En este estudio de investigación, uno de nuestros objetivos es trabajar con el alumno la empatía terapéutica, es decir, la actitud del alumno que regula el grado de implicación emocional con el paciente.

5.1.4.1.2.-La Empatía

Este término que procede del griego “sentir fuera”, es el arte positivo de compensar la empatía sanamente, regulando el grado de implicación con el otro (Bermejo, 2012). No se trata de sentir lo mismo que el otro, sino sentir con el otro, acompañarle en lo que siente.

Ayudar a clarificar los sentimientos de otros puede ser complicado y más cuando ni siquiera hemos clarificado los nuestros. Ese acompañamiento debe estar lleno de veracidad, sinceridad y entrega. No basta solo con comprender, debemos transmitir al paciente esa comprensión mediante el feedback. Debemos recordar que no hay empatía si no se da la separación (Bermejo, 2006).

5.1.4.1.3.-El feedback

El feedback es la actitud de devolver al cliente lo que éste le acaba de decir, tanto a nivel de contenido, de sentimiento o de demanda (Cibanal, 20014). El paciente se sentirá escuchado y comprendido por el profesional solamente si mediante un feedback o retroalimentación el profesional le dice lo que el paciente ha dicho. No se

trata de repetir las mismas palabras sino de expresar en voz alta lo que ha entendido el receptor del emisor.

En su sentido original en la teoría de sistemas, implica el intercambio de datos sobre cómo está funcionando una parte de un sistema, con la compresión de que todas las partes están interrelacionadas, de forma que la transformación de una parte puede terminar afectando a la totalidad. El feedback nos permite saber cómo debemos relacionarnos con los demás, lo que esperamos y esperan de nosotros; es fundamental en las relaciones, ya que sin éste permanecemos en la oscuridad (Goleman, 2009).

5.1.4.2-El cuidado

El significado de cuidado en el profesional de enfermería se construye a través de factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes que realiza con la persona, por lo que se hace necesario que la enfermería comprenda que cuidar envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto. Estos conocimientos servirán a la enfermería para mejorar los procesos de cuidado en cualquier situación de salud que tenga la persona (Báez et al., 2009).

En enfermería el cuidado se debe enfocar en la interacción de los sujetos enfermera-paciente que, a través de la comunicación en sus formas diferentes, comparten subjetividades, crecen y logran los objetivos, lo cual permite ver al cuidado como una labor humanitaria (Salazar y Martínez, 2008).

5.1.4.3-El cuidado relacional.

En las conclusiones a las que se llegaron en un curso sobre enfermería quirúrgica y traumatología (Pérez et al, 1991), pero en este trabajo de investigación surgió en una de las tertulias que tuve con un gran amigo, profesional y docente, José Luis Jurado Moyano, sobre la relación de ayuda. Hablábamos de un cuidado en el que tuviera mayor peso la relación, pero a su vez que abarcara todo lo que implica la interacción entre el enfermero y el paciente, de ayudar y ser ayudado. Cuando el cuidado y la relación van de la mano se amplifica el bienestar del paciente, ya que éste se siente atendido y cuidado en todas las dimensiones. El profesional, por otra parte, en el mismo espacio de tiempo ofrece un cuidado de mayor calidad.

En el cuidado relacional el paciente puede descubrir sus propios recursos para hacer frente a lo que le acontece. En definitiva el cuidado relacional moviliza el autocuidado.

5.1.5.-La formación.

La palabra enseñanza procede del latín *insignare*, compuesta de *in* (en) y *signare* (señalar hacia) implica dar una orientación hacia qué camino seguir.

Hay un proverbio chino que dice: “dime algo y lo olvidaré, enséñame algo y lo recordaré, hazme partícipe de algo y aprenderé”. Aprender debe ser agradable; a la vez

que el alumno aprende, el tutor debe enseñarle a mejorar lo que hace, mientras practica y se supera.

Ya Florence Nightingale (1882) expuso una teoría sobre el aprendizaje en la que hacía hincapié en la adquisición de las destrezas prácticas: La observación indica *cómo* está el paciente; la reflexión indica *qué* hay que hacer; la destreza práctica indica *cómo* hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber *cómo* observar y *qué* observar; *cómo* pensar y *qué* pensar. Florence Nightingale consideraba que el proceso de formación debía continuar más allá de la escuela.

La formación es uno de los objetivos de nuestro estudio, de echo la segunda fase de ésta tesis, es un proyecto formativo dirigido a los alumnos de enfermería.

A los profesores y tutores de los alumnos de enfermería se nos presenta un reto a la hora de plantearnos la llegada del alumno a las diferentes unidades del hospital, el de cómo enseñar en la dimensión más amplia de la palabra, desde la psicología del “aprendizaje conductista”, que es un tipo de aprendizaje basado en la conducta observada, de cómo el estímulo y el entorno influyen en la conducta del ser humano. Para ello, las terapias conductuales utilizan los métodos premio-sanción. En los años cincuenta aparece una corriente importante conocida como “la psicología cognitiva” considera que las ideas, los pensamientos y las creencias influyen de manera decisiva en nuestro comportamiento. Este método emplea la modificación de las creencias. A finales de siglo aparece la última corriente, conocida como “la psicología emocional”, basada en que el conocimiento no explica toda nuestra conducta sino las emociones, los sentimientos o las pasiones, pretendiendo cambiar los esquemas afectivos, aunque en vez de “cambiar” sería redirigir por el camino idóneo hacia el dialogo que nos lleve al buen entendimiento y a la acción adecuada para el ser humano, que le enriquece y ayuda a crecer interiormente (Marina, 2011).

Los alumnos imitarán aquellas conductas de los tutores que consideren idóneas para una buena práctica profesional e incluso aprenderán de sus semejantes (pacientes, compañeros, profesionales de la salud...) aquellos valores que les infundan respeto, valentía y justicia. Aprenden de la enfermedad de sus semejantes, del dolor que envuelve todo lo relacionado con ella, pero también de la alegría cuando llega la recuperación de la salud o de la esperanza.

El alumno debe sentirse capaz y esto es muy importante para alcanzar las metas que se plantea, donde la constancia es fundamental. Podemos hablar de alumnos competentes, como aquellos que planteándose un objetivo a cumplir, en este caso la competencia relacional, tienen perseverancia y finalmente lo consiguen y lo mantienen en el tiempo. Además de conseguir el objetivo que nos hemos marcado, si su fruto es el que esperábamos hay que mantenerlo. También resulta muy beneficioso y útil apelar al deber y ser conscientes de la importancia que tiene la responsabilidad y la voluntad de cumplir con el objetivo marcado que se haya pactado.

Como bien dice José Antonio Marina (2011), una cosa es conseguir que alguien haga algo y otra muy distinta es conseguir que alguien quiera hacer algo. Transmitir al alumno la ilusión por manejar el tema de las relaciones con los demás es una tarea compleja y a la vez un reto para el profesorado, ya que las emociones y los sentimientos despiertan deseos de actuar. Cuando el alumno comience a sentir la seguridad de caminar sobre un suelo firme, en el conocimiento y experiencia de las relaciones se sentirá como pez en el agua.

No podemos ni debemos dar consejos sin llevarlos a un razonamiento, si le digo al alumno que con esa determinada actuación va a conseguir x resultado, como profesor debo razonarlo y hacerle ver el porqué de las directrices que le marcamos. Nada es porque sí, el alumno necesita comprender el sentido de las cosas.

Para adquirir habilidades, el alumno debe ser entrenado y para ello la repetición simplifica los comportamientos. Con esto quiero señalar que si en cada momento que nos comunicamos con el paciente ponemos todos nuestros sentidos y fomentamos la escucha, entraremos en una dinámica en la que los diálogos que establecemos con él serán analizados de forma instantánea por nuestro cerebro. Cuando pida mi ayuda o quiera que le escuche, simplemente será más fácil para el cuidador según permita la entrada a estas vivencias que si las dejamos que pasen desapercibidas en el quehacer de la profesión. Todo ello se produce en momentos derivados de la propia práctica profesional. Es decir, yo no voy a una habitación a hacer “relación de ayuda”, es algo que surge hasta en el ascensor de una casa, puesto que es imprevisible y no hay reglas ni una fórmula mágica. Las reglas son marcadas por los sentimientos que se derivan de la propia persona y que mediante el razonamiento, el conocimiento y la experiencia, hemos perfilado como profesionales.

Es importante que para aprender no existan obstáculos que impidan el aprendizaje, ya que una situación estresante o algún problema físico o psicológico pueden entorpecer la enseñanza del alumno.

La competencia relacional vendrá dada por la perseverancia, el entrenamiento, el razonamiento y la reflexión de lo vivido. El propio ser humano reconoce sus flaquezas y sus éxitos y en el momento en el que se cuestiona esas vivencias y se empieza a sentir más o menos cómodo o incómodo respecto a ellas. Consecuentemente, el aprendizaje será mayor en función de que nos paremos a reflexionar las experiencias vividas.

La formación debe empezar desde la Universidad en los orígenes del profesional, aunque la carencia exista desde el profesorado por su currículum no adaptado a las exigencias o más bien necesidades. Por ello, cuando hablamos de un tutor no cualificado, estamos percibiendo el vacío en la formación; entretanto, podemos reeducarnos para llegar a esa esencia.

Desde el punto de vista educativo sería importante establecer estrategias que permitan el intercambio de conocimientos entre los docentes, los profesionales y los alumnos (Peiro, 2008).

Los cambios o estrategias que se proponen se centran en tres pilares básicos: modificación de las metodologías docentes, revisión y adaptación de los contenidos de las titulaciones, además de definir claramente el perfil u orientación de los nuevos titulados (Maciá et al., 2006).

En definitiva, se trata de un cambio de paradigma educativo, una nueva reconceptualización que debe realizar un giro en el enfoque educativo tradicionalmente orientado a los docentes hacia un enfoque más participativo y responsable de los estudiantes universitarios. Esta forma de entender la enseñanza condiciona de una manera directa tanto la formación teórica como la formación práctica impartida en las distintas titulaciones, sobre todo y de manera muy especial en aquellas titulaciones vinculadas al área de ciencias experimentales donde las instituciones sanitarias juegan un papel primordial (Solano, 2013).

5.1.6.-Las Herramientas utilizadas.

5.1.6.1-El roleplaying.

El role-playing es un método de aprendizaje a través de la experiencia. Supone una nueva metodología en el proceso enseñanza-aprendizaje del alumno, dándole protagonismo a éste y proporcionando oportunidades en vez de amenazas, en cuanto a encontrarse con sus miedos, angustias o preocupaciones. Como método psicodramático, el role-playing permite la liberación de los sentimientos reprimidos o inhibidos y supone una pedagogía de las relaciones interpersonales por un entrenamiento de la espontaneidad, en una mejor percepción de los demás y de la relación con el otro (Martínez, 2009). En la metodología exponemos cómo llevamos a cabo esta técnica con el alumno.

El role-playing en nuestro estudio nos va a proporcionar una muestra en la que el alumno pone de manifiesto su competencia relacional. El alumno participa como enfermero en un caso que planteo, en el que yo soy la paciente y vivo una situación determinada que me crea conflicto. El alumno es un profesional de enfermería y por unos minutos ese es el rol que desempeña, es una herramienta que nos ayuda a ponernos en lugar del otro y a escuchar lo que siente.

5.1.6.2--El diario de campo.

El diario de campo es un instrumento de mediación entre docente y estudiante para la formación de éste, no sólo en el ámbito profesional sino en el humano, de forma que trasciende los objetivos de tipo académico porque potencia múltiples capacidades y competencias profesionales a la vez que logra ser testigo de la movilización de sentimientos, valores, actitudes y emociones. Es una herramienta que cumple una doble función pedagógica, la de ser facilitadora de la enseñanza y del aprendizaje, a la vez que sirve de instrumento de evaluación de éste (Alzate et al., 2008).

El diario de campo se utiliza por los investigadores para registrar aquellos hechos que son susceptibles de ser interpretados. El trabajo de campo involucra la

"mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia" (Dewalt et al, 2002).

El lenguaje y lo que puede esconder la expresión del mismo, nos va a dar la llave para entrar en ese apartado de la habilidad relacional que se expresa o que no se expresa y, en este último caso, lejos de presuponer, hay que clarificar. Según Gadamer (citado por Minayo, 2002), el lenguaje constituye el núcleo central de la comunicación: el lenguaje ordinario del hombre común en su día a día. En principio, los medios de un lenguaje natural son suficientes para aclarar el sentido de cualquier contexto simbólico por más extraños e inaccesibles que puedan presentarse a primera vista.

El diario de campo permite la expresión de las vivencias de su autor, en nuestro caso el alumno, de las que nos interesa extraer cómo se establece la relación entre éste y el paciente, mediante las conversaciones o anotaciones derivadas de una relación más o menos íntima, en la que, en nuestro estudio de investigación, el alumno pone de manifiesto su competencia en relación de ayuda, reflejando su habilidad relacional en mayor o menor grado. En ese momento es donde podemos detectar cómo influyen las habilidades del alumno en dicha relación.

Quiero subrayar que en este trabajo utilizamos el diario no como fuente principal para la verificación de datos, sino como soporte que corrobora la información que se extrae de la fuente principal que es la entrevista. El diario refuerza la hipótesis planteada en este estudio, le da más fuerza y sentido a lo que el alumno ha mostrado en la entrevista.

De todas formas, si bien es cierto el diario de campo nos puede generar dudas sobre su veracidad en cuanto a que el alumno puede escribir aquello que la teoría marca pero no lo que él lleva a cabo, de forma que no sea fiable valorar sus actitudes. En nuestro caso no tiene sentido la "no veracidad" pues se le explica al alumno que en el diario no se va a evaluar su competencia relacional, ya que nuestro objetivo es observarla y valorarla para ayudarle, sin presiones de evaluación. El diario ha de emplearse como una herramienta que le ofrece conocer su estado en la materia y como elemento de apoyo a su cualificación. De todos modos, si el alumno inventa y expresa lo que el evaluador quiere oír, esa invención también tiene que defenderla, crea otra realidad aunque sea ficticia y de alguna manera aquello que crea, lo construye.

Inventar por un lado es crear una realidad diferente y que, como tal, también debe ser trabajada y defendida. Si el alumno decora la realidad con comentarios que son los que marcan el conocimiento, entonces es que sabe lo que está bien desde el punto de vista teórico, pero puede que no práctico. Si diferencia lo que es correcto a su parecer de lo que no lo es, entonces está en el camino. Lo que vamos a trabajar es precisamente la parte práctica, lo que ha escrito en el documento, una secuencia de sus prácticas que pondrá de manifiesto, su forma de proceder ante algo que sea real (le va a enriquecer de la experiencia vivida) o imaginario (le va a proporcionar líneas de actuación, aunque no se haya dado el caso como realidad) es válido para conocer su proceder en materia relacional.

Como diría Alain Coulon (Coulon, 1988), este es el sentido que hay que dar en todos los estudios etnometodológicos a la expresión tan repetida y misteriosa de *account*: si describo una escena de mi vida cotidiana, no es por “explicar” el mundo por lo que interesaría a un etnometodólogo, sino porque, al realizarse la descripción “fabrica el mundo”, lo construye. Hacer visible el mundo que es lo que hace el alumno, al margen de que sea o no inventado, es hacer comprensible su acción, al describirla, porque da a entender su sentido al revelar los procedimientos que emplea para expresarla.

5.1.6.3-El grupo de discusión.

Los grupos de discusión son un instrumento metodológico cualitativo que se ha ido incorporando, cada vez más, en los escenarios académicos, cuyo objetivo es ordenar y dar sentido al discurso que se va a reproducir (Cano, 2008).

Ibáñez concibe al grupo como un todo, como una conversación entre iguales, en la que cada “interlocutor” es parte del proceso. Los participantes son sujetos en proceso (que cambian), al conversar, van generando cambios en su conversar y en la conversación. El sistema informacional es abierto, cada participante habla y puede responder; a su vez, el que responde puede cuestionar y volver a hacer otras preguntas, lo que hace una conversación. El producto del grupo de discusión es un discurso grupal, que para el análisis interesa más que el habla individual. La conversación que surge dentro del grupo es siempre considerada como una totalidad (Ibáñez, 1997).

El grupo de discusión no es un grupo natural ya que los componentes tienen una tarea prefijada por el moderador. Por eso, decimos que no es un grupo natural ya que existe por y para la tarea que les es encomendada. Tiene una duración finita, limitada, que no va más allá de la duración discursiva (Cano, 2008).

5.2.-MARCO TEÓRICO

El marco teórico propone las teorías que fundamentan los conceptos y sus relaciones. Por ello, los pilares de nuestro objetivo se sustentan en el cuidado relacional y nuestra teoría se asienta en la comunicación y más concretamente, en el modelo de la interrelación, en la que la base de los cuidados se establece en la relación entre la enfermera, persona y ambiente.

En este apartado haremos referencia a las teorías de las autoras que pertenecen a la escuela de interacción, sumergiéndonos en la práctica de cuidar desde el punto de vista de la relación que se establece entre la persona-estudiante y la persona-paciente. No obstante, no debemos olvidar que para cuidar esa relación debemos observar, analizar y evaluar en qué medida el alumno establece las relaciones interpersonales, en un entorno hospitalario, tras evaluar el estado de la cuestión en un marco contextual hospitalario. Nuestro propósito es detectar cómo el alumno de enfermería de tercero de grado de la Universidad de Murcia maneja las situaciones en las que se relaciona con el

paciente y así establecer un método de aprendizaje para que, mediante la formación, se produzcan los cambios necesarios para que el alumno mejore su competencia relacional.

Considerando que la investigación cualitativa es la base de nuestra propuesta, en la que nos interesan los datos por sus cualidades y por lo que ocurre en cada uno de ellos, su fundamento viene dado por una visión holística de las realidades, lo cual implica conocer una realidad desde la relación que hay en cada uno de sus elementos y no de manera aislada de éstos, como indica Martínez "Cada parte al formar una nueva realidad, toma en si misma algo de la sustancia de otras, cede algo de sí misma y en definitiva pueda modificada." (Martínez, 2009).

5.2.1.-Tendencias Cualitativas.

Si bien reconocemos que existen diferentes tendencias cualitativas como la etnografía, la fenomenología, la hermenéutica, entre otras, éstas presentan elementos importantes en el análisis y en la comprensión de las realidades culturales. Sin embargo, cada una de ellas desconoce el aporte de las otras al centrar su análisis de comprensión en fracciones de la realidad. En el caso de la fenomenología, centramos su análisis en la esencia de los alumnos. Desde la etnografía, buscamos la observación y descripción de lo que el alumno hace, cómo se comporta e interactúa y mediante la hermenéutica vamos a analizar y categorizar la información que el alumno nos muestra por medio de los textos que aparecen en el diario de campo y en los documentos de audio tales como la entrevista y el grupo de discusión.

En este proceso de investigación, lo que buscamos es comprender el fenómeno, acercándonos a la realidad que viven los alumnos, y esa comprensión no se logra en su totalidad si se percibe desde pequeñas miradas del investigador. Por ello, se hace necesario reconocer cada uno de los aportes de las diferentes tendencias anteriormente expuestas para lograr una mayor y mejor aproximación a la realidad estudiada, por ello acudimos al principio de complementariedad como una posibilidad de articulación respecto a las opciones que nos brinda cada tendencia (Murcia, 2001).

5.2.1.1.-La Etnografía

A través de la etnografía partimos de que nuestro objetivo fundamental es la comprensión empática del fenómeno objeto de estudio, el cuidado relacional y llegamos a él cuando observamos e investigamos la interacción del alumno con el paciente. Para ello, utilizamos el trabajo de campo a fin de comprender un grupo humano: el que forman los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas. Mediante la etnografía observamos las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería y mediante la observación participante contrastamos lo que el alumno dice y lo que hace.

En este sentido la etnografía ha sido concebida como la ciencia que estudia, describe y clasifica las culturas o pueblos. Es el estudio de un grupo en el que se integra el investigador y recoge la evidencia mediante un conjunto de técnicas no estructuradas, en las que predomina la observación participante (Santana y Gutierrez, 2010).

Desde el punto de vista etnográfico, los estudiantes, ya en su formación universitaria, realizan trabajo de campo y después lo hacen como profesionales, durante el ejercicio de su profesión. Es habitual el contacto con la realidad del entorno de las personas que padecen alguna enfermedad, "el etnógrafo está en el lugar de los hechos" (Landeros et al., 2010).

El método etnográfico implica que el estudio se hace en el lugar natural, esto es, donde la acción sucede, en el hospital y como investigadora he de aprehender el mundo simbólico de las personas que estudio y su lenguaje, cuyo contexto no es ese medio físico sino las creencias, valores y situaciones de los alumnos de enfermería.

5.2.1.2.-La Fenomenología

El estudio de investigación lo abordamos desde la *fenomenología* porque el método fenomenológico se apoya en la naturaleza y en la complejidad del ser humano, en este caso el alumno, y en la manera en cómo ésta debe entenderse, enfatizando en la capacidad de las personas para modelar y crear sus propias experiencias (Sánchez, 2000). Todo esto es fundamental para que como investigadores observemos con las capacidades que cuenta el alumno, que le van servir para poder manejarse en las experiencias vividas.

La investigación cualitativa tiene sus raíces en la corriente filosófica denominada fenomenología. La fenomenología es a la vez una filosofía y un método; en ambos casos, se debería tener presente para el cuidado de enfermería, puesto que, además de orientar la visión que la profesión tiene del ser humano, también puede orientar la investigación para contestar preguntas relacionadas con los fenómenos experimentados en relación con la salud humana, tal como estos se presentan en el ser (Sánchez, 2000).

En este trabajo, la fenomenología nos va a proporcionar el camino para ver al estudiante de enfermería en su relación con el paciente desde la mirada del conocimiento, de forma que se manifieste la realidad misma, sin que nada se interponga en esa mirada y que tal manifestación no sea tal, sino evidente. La evidencia es la manifestación patente que se impone a la mirada del intelecto y no deja lugar a ninguna duda, sino que se engendra en éste la certeza.

El método fenomenológico trata de "ir a las cosas" para que estas se desvelen ante la mirada de nuestro conocimiento. Por ello, la fenomenología objetiva, la investigación directa y la descripción de fenómenos que son vivenciados por la conciencia, sin teorías sobre la explicación causal y libre, en lo posible, de prejuicios. No se trata de una teoría, es una actitud, una postura, un modo de comprender el mundo (Hagquette, 2000).

La actitud fenomenológica nos invita a dejar que las cosas aparezcan con sus características propias, como ellas son, dejando que la esencia se manifieste en la

conciencia del sujeto, con el objetivo de no transformar y de no alterar la originalidad de los fenómenos (Triviños, 1987).

La fenomenología, como uno de sus preceptos básicos, nos plantea enfocar al fenómeno (lo que está ahí) con una actitud exenta de prejuicios y conocimientos anteriores para no encontrarnos con el obstáculo en la comunicación de vincular lo que son las ideas valorativas y los juicios concomitantes. Por ejemplo: “si el otro piensa diferente a mí está equivocado” (Rogers, 1983).

Desde el punto de vista de la fenomenología, en este estudio buscamos hacer un relato exacto de lo que el alumno experimenta para reconocer esa vivencia que tiene en sus prácticas y en todo lo que le rodea de una manera particular. No buscamos comprobar la veracidad, sino que la asumimos; no pretendemos explicar ni juzgar. Solamente hacemos referencia a la experiencia que se vive, siendo el producto final, por lo tanto, la descripción exhaustiva del fenómeno estudiado, que es la competencia relacional del alumno de enfermería en sus prácticas clínicas. Puesto que la experiencia vivida solo puede ser clasificada con el significado que tiene para quien la vive directamente, los investigadores debemos estar particularmente atentos a la realidad de ese otro, por lo cual, este método, a diferencia de otros, tiene una íntima relación con la práctica de la enfermería.

En este sentido, la investigación fenomenológica se centra en las experiencias de los alumnos con respecto a ciertos fenómenos y a la manera en que interpretan dichas experiencias. Por lo tanto, la investigación fenomenológica requiere tener en cuenta cuatro etapas básicas: reducción, intuición, análisis y descripción (Polit y Hungler, 2000).

La reducción

Se entiende por reducción el proceso de identificar y dejar en reserva, por parte del investigador, cualquier creencia preconcebida u opinión acerca de la competencia relacional.

La intuición

La intuición se refiere al proceso de mantener un criterio abierto hacia los significados que atribuyen al fenómeno los alumnos. Es decir, recibir toda la información que llega por parte de los alumnos, sin tener en cuenta las ideas preconcebidas y sin juzgar. Esto se logra escuchando al ser investigador que llevamos dentro y a las sensaciones que tenemos con respecto al fenómeno, dejando a un lado los pensamientos elaborados y abstractos.

Análisis y descripción

A continuación le sigue la etapa de análisis, donde la hermenéutica nos ayuda a categorizar y organizar la información, dando sentido al significado esencial del cuidado relacional. Además, es donde se lleva a cabo un análisis de contenido. Por

último, la etapa de descripción a la cual se llega cuando como investigadores comprendemos y describimos el fenómeno.

Estas dos etapas, análisis y descripción, las llevamos a cabo conjuntamente, así las conclusiones van apareciendo de forma natural, fruto del análisis de los datos. Por tanto, la discusión pone de manifiesto la veracidad o afirmaciones que van apareciendo.

5.2.1.3.-La Hermenéutica

Mediante la *hermenéutica* y la *dialéctica* nos abrimos paso a un camino de pensamiento, como una vía de encuentro entre las ciencias sociales que son las que estudian al hombre en la sociedad, sus formas de organización y la filosofía como un conjunto de reflexiones sobre la esencia, las propiedades, las causas y los efectos de las cosas naturales, especialmente sobre el hombre y el universo. En este sentido, la hermenéutica y la dialéctica ayudan al alumno a integrar sus vivencias y experiencias en el entorno, a establecer la forma de organizarse, así como desde el punto de vista filosófico, a generar reflexiones sobre todo lo que le rodea, de forma que estas le ayuden a integrarlo todo aumentando la competencia del alumno en las relaciones interpersonales.

Tras la revisión de las características de los diferentes paradigmas y su adecuación al contexto enfermero, podemos exponer que el paradigma hermenéutico se adecua a las necesidades de este estudio. El paradigma hermenéutico se caracteriza por la interpretación que se le concede al comportamiento humano (Pinedo, 2011).

Vamos a tratar este estudio desde la hermenéutica porque es la vía que nos va a permitir comprender los fenómenos sociales, es decir, comprender al alumno en sus prácticas clínicas en el hospital, de forma que nos ayude a explicar el contenido de los textos de los que vamos a extraer y a analizar los datos que nos aporta el alumno.

Mediante el análisis de contenido, el objetivo es construir un círculo hermenéutico de comprensión, interpretación y aplicación de información a partir del empleo de la técnica de Análisis de Contenido, lo cual es tarea posterior al abordaje al que se someten las vías teóricas de análisis del objeto, a fin de compenetrar los horizontes discursivos entre la fuente informante y el hermeneuta (Rodríguez, 2002).

Como la fenomenología, la hermenéutica trae a primer plano, en el tratamiento de los datos, las condiciones cotidianas de la vida y promueve la aclaración sobre las estructuras profundas del día a día en las prácticas del alumno. La investigación hermenéutica también analiza los datos de la realidad a partir de la conservación y la extensión de la intersubjetividad de una intención posible como núcleo orientador de la acción (Minayo, 2002).

Para el análisis y comprensión de este estudio debemos definir la hermenéutica como la explicación e interpretación de un pensamiento. Para Gadamer (Gadamer, 1988), la hermenéutica es la búsqueda de la comprensión de sentido que se da en comunicación entre los seres humanos.

El ser humano es más que y diferente de la suma de las partes y se reconoce a través de patrones de comportamiento (Fawcet, 2001). En la hermenéutica, la enfermería encuentra un sustento teórico metodológico importante para hallar la particularidad del significado del otro en los fenómenos que enfrenta en la práctica, en la relación de intersubjetividad establecida con el otro.

Habermas (Habermas, 1984), nos advierte que la hermenéutica y la dialéctica no determinan técnicas de tratamiento de datos y sí su autocomprensión. Estas se caracterizan por su capacidad para realizar una reflexión fundamental que no se separe de la praxis, podemos decir que el casamiento de estos dos abordajes debe preceder e iluminar cualquier trabajo científico de comprensión de la comunicación (Minayo, 2002).

En la medida en que se agranda la distancia entre quien habla y quien escucha, se hace más patente la necesidad de aclarar conceptos y términos, de explicar, de ilustrar, en una palabra : De Interpretar. Así, el investigador interpreta al comprender, cuando se aproxima, se involucra teóricamente y explicita las situaciones (Vernant, 2003).

Una vez conocido el fenómeno del que va a tratar el trabajo, vamos a plantear cuál es el enfoque teórico que va a guiar nuestros pasos para el conocimiento, desde la perspectiva cualitativa como marco teórico y metodológico.

En este trabajo de investigación pretendemos demostrar qué formación en competencia relacional tiene el alumno y para ello consideramos que es esencial conocer el estilo relacional que emplea en el role-playing que llevamos a cabo durante la entrevista que le realizamos. Vamos a conocer el estilo relacional del alumno mediante el tratamiento que Angelo Brusco hace en su libro *Relazione pastorale di aiuto* (Brusco, 1999), en el que podemos ver los diferentes estilos de relación que nos encaminan a un estilo empático. El estilo relacional, según Brusco, lo detallamos y explicamos en el apartado de la metodología (pág. 126.).

Además, también queremos conocer el grado de comprensión empática que tiene el alumno y para ello utilizaremos los niveles de profundización empática que utiliza Carkhuff, un discípulo de Rogers, a través de una serie de escalas que nos permiten evaluar y verificar si tenemos buenas actitudes como receptores (Cibanal, 2014). La escala que utiliza Carkhuff la desarrollamos en el apartado de metodología.

El marco teórico de este trabajo se basa en la teoría de la comunicación, sin perder de vista el enfoque humanista de la mano de Carls Rogers (Rogers, 1978), que es el fundador de la llamada terapia centrada en el cliente, mediante la que pretende que la persona recupere sus capacidades de autorrealización. La herramienta para la ayuda es la relación. Rogers considera que el terapeuta debe tener tres actitudes básicas en la relación de ayuda, que son: empatía, apoyo incondicional y congruencia. En cuanto a las teorías de la comunicación, debemos señalar que la comunicación es el medio a través del cual la persona establece relaciones; para los enfermeros, esta afirmación

cobra mayor interés como elemento básico de la relación terapéutica. Para Cherry (King, 1984, citado por Carbelo, 1997) la comunicación «es un proceso dinámico, fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y la conducta de todos los seres vivos, ya sean individuos u organizaciones».

5.2.2.-Modelos teóricos

Los distintos modelos teóricos de enfermería (Pacheco, 1995) señalan, además de la función asistencial, administrativa e investigadora, la función docente. La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propio y específico, cuya transmisión se traduce en la formación de futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Así, los profesionales sanitarios intervienen en el proceso de educación para la salud y cuyas funciones se reflejan en los distintos modelos enfermeros.

La escuela de la interacción sustenta que el cuidado de enfermería es una relación humana y social que caracteriza su naturaleza como objeto. Esta escuela apareció a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, favoreciendo su desarrollo la teoría psicoanalítica y la necesidad de relaciones humanas, por lo que se inspiró en teorías de interacción, la fenomenología y el existencialismo (Salazar y Martínez, 2008).

Dicha escuela define el cuidado como “un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esa ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado” (Kerouac, S. et al, 2005)

Las teóricas que pertenecen a ésta escuela son: Hildegard Peplau, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Imogene King, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Joan Riehl-Sisca y Ernestine Wiedenbach, quienes introdujeron la subjetividad en el cuidado de enfermería (Salazar y Martínez, 2008).

Mediante la revisión de los modelos teóricos enfermeros, quiero hacer referencia más concretamente a aquellos que tratan la interacción y las relaciones humanas desde la perspectiva en que se ha ido consolidando y apoyando este trabajo. De esta forma, logramos establecer el marco teórico y así reforzar esta teoría.

Entre las autoras que aparecen a continuación, quiero destacar aquellas que acompañan con su teoría y modelos, de forma directa o indirecta y establecen la importancia de la competencia relacional en el cuidado del paciente y de las personas que nos rodean que, junto a la salud, es el objetivo primordial de la enfermería.

El modelo de Hildegard Peplau, (Marriner y Raile, 2007) se basa en la teoría de las relaciones interpersonales como un proceso interpersonal terapeútico compuesto por tres fases orientación, trabajo y terminación.

El modelo de Imogene King (Marriner y Raile, 2007) está formado por los sistemas personal interpersonal y social; de éstos se deriva la teoría del logro de objetivo. Para ella el cuidado es un proceso de acción, reacción e interacción.

Y por otro lado Joyce Travelbee (Marriner y Raile, 2007) propone el modelo de relación persona-persona que se establece después de cuatro fases: encuentro original, emergencia de identidades, empatía y simpatía que culminan con el rapport o establecimiento de la relación.

También quiero hacer referencia a Patricia Benner (Marriner y Raile, 2007), por su orientación teórica y práctica. Benner participó en un proyecto centrado en la función de las escuelas de enfermería, en la preparación de las enfermeras, basándose en aspectos de aprendizaje y enseñanza, formación, valoración de currículo y contexto institucional.

A continuación, vamos a desarrollar brevemente, dentro de la teoría de cada autora, aquellas notas que son relevantes para asentar nuestro objeto de estudio.

5.2.4.1.-Hildergard Peplau

El alumno se desarrolla como individuo, crece y madura durante su enseñanza. La autora Hildergard Peplau (Peplau, 1990), considera que "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Por otro lado, Peplau (Peplau, 1990), considera a la enfermería como un "proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud". Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente. Según Peplau, tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación (Mejía, 2006).

En 1952, Hildegarde Peplau publica su "modelo de relaciones interpersonales", en el que integra las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad. Este modelo describe tres fases en la relación entre enfermera y paciente: orientación, fase de trabajo (identificación y explotación) y resolución (Marriner y Raile, 2007).

Hildergard Peplau hizo incorporaciones de las ciencias de la conducta, ya que fue la primera enfermera que se refirió a la interacción como un fenómeno central

dentro del cuidado de enfermería, seguida de Joyce Travelbee e Imogene King. La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda (Salazar y Martínez, 2008).

La enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia. Para ello, debe estar formada para, a su vez, formar a los estudiantes que serán los profesionales del futuro, utilizando como base fundamental para la actuación de Enfermería el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente), bien sean las relaciones del paciente con su ambiente.

El modelo de Hildergade Peplau (Marriner y Raile, 2007) se centra en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico ya que buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Realizar esto de una manera eficaz significa que las enfermeras deben aprender a emplear la ansiedad experimentada por un paciente o por un familiar para ayudarles a comprender en qué consisten los problemas y el modo en que estos problemas pueden solucionarse. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran.

Peplau afirma que los pacientes tendrán problemas si estas necesidades no son satisfechas, bien porque la ansiedad sea demasiado elevada, bien porque la tensión produce frustración y conflicto en el paciente. El modelo de Peplau (Marriner y Raile, 2007) trata del cuidado de una persona mediante una serie de interacciones. Consecuentemente, es razonable describirlo como un modelo de desarrollo más que como modelo de sistemas.

A mi parecer se produce una convergencia entre las teorías de enfermería, las teorías de la comunicación y de la educación, encaminadas a la unión en ese punto donde empieza la formación del alumno de enfermería. Si hablamos de competencia relacional del alumno, existen varios frentes que convergen en dicha competencia. En primer lugar, la universidad y su formación, que le proporciona los conocimientos teóricos necesarios para llevarlos a cabo; en segundo lugar, la práctica en el hospital, donde dichos conocimientos entran en juego de forma individualizada y a la vez colectiva. Y por último su vida, entorno, educación y valores extracurriculares.

En este sentido, se han ido estrechando los puntos de unión de enfermería como ciencia y enfermería práctica, enfocando esta última hacia el propósito de ofrecer a los individuos un servicio que fomente positivamente su salud dando lugar a la fusión entre el conocimiento, las habilidades y las actitudes, obteniendo como resultado tanto en la formación como en la práctica clínica alumnos competentes en esta gran profesión.

5.2.4.2-**Imogene King.**

Comenzó a elaborar su teoría mientras era profesora asociada en la Universidad de Loyola. Utilizó un marco conceptual, para desarrollar un programa de Master en Enfermería. De su modelo o sistema conceptual derivó la “teoría del logro de objetivos” en la que dos individuos enfermera-paciente, identifican mutuamente los objetivos y los medios para alcanzarlos; cuando están de acuerdo, pasan a las transacciones o alcance de la meta. Los conceptos importantes de las interacciones humanas son la percepción, la comunicación y la transacción (Marriner y Raile, 2007).

En su libro *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos* (King, 1984), define la enfermería como un proceso de acción, reacción e interacción, en el que la enfermera y el paciente comparten información acerca de sus percepciones. Propone un marco conceptual de sistemas abiertos que interactúan con el ambiente como base para su teoría, formado por sistemas personales, interpersonales y sistemas sociales.

Unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería. Su visión del proceso de enfermería hace especial hincapié en los procesos interpersonales, la interacción de los seres humanos con su entorno, el cual no define explícitamente, aunque utiliza los términos ambiente interno y ambiente externo, en su enfoque de los sistemas abiertos. Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información (Marriner y Raile, 2007).

Para ella, la persona es un ser social, emocional y racional que percibe, controla con propósitos, con autoconocimiento, orientada hacia una acción, que participa en las decisiones que afectan a su vida y a su salud. Destaca tres necesidades de salud fundamentales: la información sanitaria útil y oportuna, los cuidados para prevenir enfermedades y la ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas (King, 1984).

Dentro del sistema abierto encontramos tres subsistemas: personal, interpersonal y social. En el sistema interpersonal incluye seis dimensiones: la interacción, la comunicación, la transacción, el rol, el estrés y el afrontamiento (King, 1984).

Para la enfermera es fundamental comprender la interacción, para obtener información de los seres humanos, así como la variedad de sistemas sociales en los que los individuos crecen y se desarrollan (Fawcett, 2000).

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería, y el paciente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

5.2.4.3.-Joyce Travelbee.

Joyce Travelbee, enfermera docente en la escuela de enfermería del Charity Hospital, propone el modelo de relación de persona a persona y la teoría expuesta en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*. En la teoría de Travelbee, publicada en su libro original *Intervención en enfermería psiquiátrica: Introducción a la relación persona a persona* (Travelbee, 1999), se pretende orientar en el proceso de enseñanza y aprendizaje necesario para el desarrollo de competencias profesionales que garanticen un cuidado comprensivo. Acompañando a alumnos de pregrado y postítulo (Rivera, 2003), en el proceso de ayudar a otros emocionalmente tiene especial interés en que sea a nivel académico donde se enseña a las enfermeras a dar cuidados para la muerte. La relación es la base de su teoría, fundamental para poder interaccionar con el ego del ser humano.

Travelbee (Marriner y Raile, 2007) cree que la enfermería se realiza a través de las relaciones de ser humano a ser humano, que empiezan en el encuentro inicial y después progresan a través de etapas de identidades emergentes, desarrollando sentimientos de empatía y más tarde de simpatía. La autora complementa con un apéndice para ampliar los límites de la empatía profesional. La enfermera y el paciente logran una compenetración en la etapa final. Define a la enfermera como un ser humano que tiene un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos en un proceso interpersonal, con el propósito de ayudar a otros seres humanos y a la comunidad. La salud es definida según criterios objetivos y subjetivos, la salud se convierte en fundamental y la salud mental en la aptitud para amar, “el amor se expresa en actos y no en pensamientos benévolos o solo emociones”. La capacidad para enfrentar la realidad, “tal como es y no como quisiéramos que fuera”, y para descubrir un propósito o sentido a la vida: “Si se enfrentan las crisis como momentos de aprendizaje se pueden responder a preguntas que den sentido a nuestra vida”.

Joyce Travelbee (Travelbee, 1999) destaca por su perspectiva humanista, centrada en las personas, así como en la enfermería psiquiátrica y en salud mental práctica. Para ella, el entorno supone la condición humana y las experiencias como el sufrimiento, la esperanza, el dolor y la enfermedad.

Una de las contribuciones más significativas de la teoría de Travelbee ha sido su reflexión respecto de tres suposiciones y mitos muy arraigados en la Enfermería hasta la actualidad: El compromiso emocional, la aceptación y aptitud no juzgadora, y la objetividad (Rivera, 2003).

Joyce Travelbee (Salazar y Martínez, 2008) considera que “comprometerse emocionalmente es la capacidad de trascenderse e interesarse por la otra persona, sin que este interés nos inhabilite para ayudarlo”. Es un proceso que se desarrolla durante toda la vida. El compromiso emocional no ocurre con todos los pacientes, familiares o colegas, sino que se da libremente y con límites claros. La política de no comprometerse

emocionalmente como principio en enfermería, si es constante, es peligrosa porque se puede convertir en una actitud permanente y la alienación emocional en una forma de vida (desconexión emocional). Joyce Travelbee también hace referencia a la relación de ayuda en enfermería, siendo una de las contribuciones más importantes para la enseñanza de la salud mental y psiquiátrica, de la que se pueden derivar competencias a desarrollar en el currículo del alumno.

Travelbee, con su perspectiva sobre la relación de ayuda de persona a persona, ha demostrado que es una teoría que orienta y hace posible enseñar y acompañar a los alumnos durante el proceso de desarrollo de competencias de ayuda interpersonal, que cada día son más importantes porque las personas esperan de la enfermera cuidados profesionales (Rivera, 2003).

5.3.- MARCO HISTÓRICO

En el marco histórico vamos a describir tanto los antecedentes del fenómeno a estudiar como los diferentes tratamientos que al mismo le han dado. Por ello, vamos a conocer los datos que nos proporciona la historia, sobre los orígenes y la formación existente en el cuidado de la relación del paciente, un concepto que debe ir inmerso en el propio cuidado, de forma que todos estos datos nos aporten la información necesaria para enriquecer este trabajo de investigación.

Nos remontamos al año 1856, en el que John Flint South (Attewell, 2010), cirujano en el hospital St. Thomas de Londres, declaró que, en su opinión, una enfermera no necesitaba más formación que una criada. Pese a que afirmaciones como esta oscurecieron la enfermería, nuestra profesión se ha ido consolidando a lo largo de la historia.

El comentario señalado anteriormente pone de manifiesto que, en esa época, algunos facultativos no le daban mucha importancia a la formación en enfermería. Por ello consideramos que es necesario realizar un recorrido histórico en materia de competencia relacional, porque esto nos llevará a clarificar el estado de la cuestión y a su vez pone de manifiesto la dificultad en encontrar publicaciones que trabajan la relación entre el alumno y el paciente desde los inicios de su formación hasta ahora.

Florence Nightingale en uno de sus trabajos citó una frase de una conferencia sobre educación en las universidades de St. Andrew y de Glasgow que resumía su propio punto de vista: "...educar no es enseñar al hombre a saber, sino a hacer". Nightingale consideraba que la labor práctica de la enfermera es algo imposible de aprender en los libros, que solo se puede aprender a fondo en las salas de un hospital y que la observación es la mejor escuela. Según Florence, la observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay

que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar (Nightingale, 1882).

Podemos deducir que la profesión enfermera ha estado basada en gran medida en el “saber hacer”, más que en el saber y saber ser o estar. Parece una paradoja precisamente que una profesión que trabaja tanto con las relaciones esté tan alejada de un manual propiamente dicho sobre competencia relacional donde, en aquel entonces y no tan lejano, el término más aproximado sería el de la relación de ayuda. Sin embargo, nos cuestionamos que, pese a no tratar la competencia relacional de forma directa, era lo que se realizaba y se realiza continuamente, es decir, la acción de ayudar al paciente en su estado y evolución de enfermedad. Y esa ayuda abraza, en primera instancia, la relación.

Edith Stein (Nogales, 2008), una gran filósofa y fenomenóloga presenta en el mes de agosto de 1916, su tesis doctoral en la Universidad de Friburgo “Sobre el problema de la Empatía”, abriendo así un camino hacia la reflexión sobre el problema de la relación afectiva de la enfermera con el paciente. Además, trabajó de enfermera en la Cruz Roja durante la primera guerra Mundial y, como docente, introdujo a los estudiantes en la fenomenología, desde la que hemos tratado este trabajo, dejando que el alumno manifieste la conciencia y actitud que ha tenido en sus prácticas clínicas.

Pese a que la relación con el paciente emerge desde los orígenes del cuidado, y su reconocimiento debía haber venido de la mano de la enseñanza, hasta el siglo XVII nuestra profesión no contó con los primeros manuales para su aprendizaje. En el año 1997 el reto de la profesión enfermera era alcanzar el máximo nivel con el doctorado, y equiparar así nuestra área de conocimiento al resto de las áreas de conocimiento de la Universidad (Hernández, 1997).

Si nos acercamos al contexto vivido en los inicios de nuestra profesión y lejos de juzgar, sino desde la comprensión, observamos que enfermería estaba cargada de connotaciones de servidumbre, por lo que consideramos que, como consecuencia de ello no se podía dar prioridad a la relación que se establecía con el paciente, sino a la técnica y procedimientos que se asemejaban a la medicina. Se intentaba poner a nuestra profesión enfermera en un lugar más cualificado en la sociedad de entonces, donde la figura médica era en materia de salud la más venerada, ya que se valoraban más la científicidad y la tecnicidad.

A finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, aparece la escuela de interacción en la que se planteaban las relaciones humanas como uno de los objetivos en enfermería. Las integrantes de esta escuela son las que con sus teorías nos permiten formar el marco teórico de esta tesis.

Después de la década de los setenta, se observa una gran preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado. Cuidar a una

persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones (Leininger, 1991).

La disciplina enfermera es concebida hoy como una ciencia del comportamiento y de la salud de la persona en todas las edades de la vida, es decir, una ciencia que incluye factores biológicos, comportamentales y sociales, así como una definición de los resultados esperados y de los indicadores de salud. Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución (Gortner, 1983, Polit & Hungler, 2000).

La enfermería ha evolucionado y con ella las necesidades de formación de las enfermeras en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales. Por ello, es necesario que, dada la multiplicidad de las situaciones de salud, se orienten los cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones (Kerouac et al, 2005).

Afortunadamente, en las últimas décadas la profesión enfermera ha experimentado un cambio revolucionario (Hartrick, 1997). La enfermería ha empezado a articular valores que enfatizan lo humano a un proceso humano de cuidado, donde hay un reconocimiento de que la experiencia humana va más allá de lo cuantificable, observable y conocible. Como consecuencia de ello, se le da gran valor a los elementos que comprenden la relación enfermera-paciente. La enfermería basa su práctica profesional en dicha relación. Así, las grandes teóricas de la profesión nos definen enfermería como una relación que ayuda, que acompaña a la persona, dentro de su entorno, a vivir experiencias de salud (García et al., 2004).

Precisamente, uno de los desafíos para el cuidado de enfermería del presente siglo es el rescate de la unidad del ser a través de procesos de investigación relacionados con la capacidad de las enfermeras de interrogarse, establecer la naturaleza de los fenómenos y los valores relacionados (Parrado y Caro-Castillo, 2008).

En 1990 el psicólogo George Miller propuso un escenario para valorar la competencia clínica. En el nivel más bajo de la pirámide está el conocimiento (sabe, recuerda), seguido de la competencia (sabe cómo, integra), interpretación (muestra cómo, lo hace) y de la acción (hace, práctica) (De Serdio, 2002).

A partir de la década de los noventa empieza a aflorar en España el campo de la relación paciente-enfermera, reconociéndose la importancia y la dificultad que tiene esta relación terapéutica en todos los sectores de enfermería. Prueba de ello es la información que podemos recoger en el documento de historia de vida de José Luis Jurado, supervisor de docencia del Hospital de San Juan, en el que se expone que en la primavera de 1990 se invitó a Rosa Nati Pérez Moreno, a dar un primer curso de Relación de ayuda en la Escuela de Enfermería “Virgen de la Paz” de Ronda. Al año siguiente, la Caja de Ahorros de Ronda editó un libro sobre enfermería y traumatología,

en el que el tema dos era “Relación de Ayuda al Paciente Quirúrgico” del que Jurado era coordinador.

En el año 1990, el profesor Luis Cibanal, formado en Suiza (Enfermero especialista en Salud mental y psiquiatría, y licenciado y doctor en psicología) y profesor durante varios años en la Escuela del Bon Secours de Ginebra, preocupado porque no solo no existía en la formación de enfermería una asignatura sobre comunicación y relación de ayuda, sino que no se abordaba esta en la Diplomatura, pidió que dentro de la asignatura de Fundamentos le permitieran impartir unas clases sobre la importancia de la relación de ayuda enfermera-paciente. Posteriormente en el año 1991 publicó en la editorial Doyma el libro que lleva por título *La interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. En este mismo año, publicó en la editorial de la universidad de Alicante también el libro *La relación enfermera-paciente*. En los años siguientes, aprovechando la reforma del programa de estudios, se introdujo en el primer año de la diplomatura la asignatura “Relación de ayuda”.

Durante estos años, los trabajos o investigaciones que se realizan en el ámbito nacional van a reflejar como temas principales el intento de relacionar la mejoría y la disminución de estancias hospitalarias con una buena relación (Medina, 1999), la ausencia por parte del usuario del Sistema Sanitario Español de la demanda de relacionarse con su enfermera, los prejuicios de las enfermeras en relacionarse y las experiencias narradas, siempre a título personal, nunca organizativas.

Tras la revisión bibliográfica que he ido realizando a lo largo de este trabajo, he de decir que son numerosos los autores como Medina (Medina, 1999), Cibanal (Cibanal, 2014), Siles (Siles, 2011), Bermejo (Bermejo, 2012), Alférez (Alférrez, 2012), los que coinciden en ver la relación terapéutica persona-enfermera y persona-paciente como la base de todos los cuidados de enfermería, afirmación que debe suscitar el interés de próximas líneas de investigación en la Enfermería Española.

En este sentido, la competencia relacional no es que deba ser parte de la formación del alumno en sus estudios Universitarios, sino que no se puede desligar, va unificada. Otra cosa es que no lo contemplemos o permanezcamos ignorantes a su presencia, como se ratifica en el siguiente apartado.

5.4-MARCO CONTEXTUAL

En el marco contextual vamos a describir la situación, en tiempo y lugar, donde nuestro fenómeno de estudio tiene lugar. Nuestra investigación tiene una doble vertiente, ya que en una primera fase nuestra misión es probar la hipótesis que hemos planteado y, en una segunda fase, hemos formulado un proyecto de formación dirigido al alumno de enfermería.

En la primera fase el marco contextual representa una muestra que se utiliza para probar la hipótesis, intentando resolver un problema asociado con la teoría y el contexto

en el que se realiza la prueba se queda en un segundo plano. En la segunda fase el marco contextual es fundamental, ya que intenta resolver un problema social real, no un problema desde la teoría.

Este proyecto ha nacido desde dos perspectivas y de la vinculación de ambas, el Hospital y la Universidad, puesto que la figura donde recae la acción del estudio y su análisis es el alumno, desde la Universidad y la figura en la que recae el objeto de estudio “el cuidado relacional”, es el paciente, en el Hospital. El marco contextual está centrado en el hospital puesto que es donde se desarrolla el fenómeno de estudio.

La primera fase del estudio se lleva a cabo en el hospital, donde llevamos a cabo la entrevista, la observación participante y el grupo de discusión. En la segunda fase, aunque tiene su base en la primera, los objetivos son a largo plazo y el cumplimiento de los mismos va dirigido a que se consiga desde los planes de formación de la Universidad.

Un hospital Universitario, a diferencia de otros hospitales, tiene una vinculación y un compromiso con las funciones esenciales de la universidad: docencia, investigación y extensión.

En esa unión entre hospital y Universidad es donde aparece la figura del alumno. Precisamente, es en sus manos, en su saber y en su práctica donde encontramos la chispa que dio lugar a este trabajo. Un ser que nace, como profesional crece y se desarrolla rodeado de las estancias y de las personas que forman parte de su historia vivida, dentro y fuera del hospital, el cual la vive de la forma que él solo sabe y que puede compartir si nos adentramos en estudiarlo. Siento algo especial hacia estos seres humanos que encontré en mi camino, reconozco que yo fui uno de ellos, y a los que me atrevo a llamar cariñosamente ser-alumno. Yo fui una ser-alumna y a veces lo sigo siendo, porque la vida me pone unas veces de ser-alumna y otras de ser-maestra y por supuesto a veces de ser-paciente. No obstante, tengo que decir que me siento más como aprendiz de la vida que como maestra.

5.4.1.-La Universidad

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, la Universidad es una institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades y que confiere los grados académicos correspondientes. Según las épocas y países puede comprender colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etc.

Actualmente, la Universidad Pública de Murcia imparte los estudios de grado de enfermería en la facultad de Medicina ya que el traslado de la Facultad de Enfermería al campus de las ciencias de la salud aún está en proyecto.



Fig. 5. Facultad donde se imparten actualmente, la formación de grado de enfermería. Fotografía extraída de internet.

La universidad, a nivel académico y curricular, es la que se encarga de que el alumno obtenga los ECTS correspondientes, que se traducen en horas lectivas y de prácticas que debe aprobar el estudiante para superar en nuestro caso, la asignatura de Prácticas Clínicas II. Los alumnos tienen que cursar, por tanto, un total de 18 ECTS en dicha asignatura, destinando nueve semanas a la formación práctica en las unidades de hospitalización y quirófano.

En la Región de Murcia existen dos Universidades en las que se imparte la titulación de Grado de Enfermería. Una es de carácter público, cuyos alumnos pertenecen a la muestra escogida en nuestro estudio de investigación, y la otra es de carácter privado, que es la Universidad Católica de Murcia. Además, ambas universidades gestionan, junto al Hospital, la cantidad de alumnos que pueden enviar cada curso y en cada periodo para que no se solapen unos con otros y para ubicarlos en las distintas unidades, de forma que no se colapsen los servicios y que se les pueda ofrecer a los alumnos la atención y enseñanza adecuadas.

La Universidad Pública de Murcia está situada en el campus Universitario que pertenece a dos pedanías de la ciudad de Murcia, Espinardo y Guadalupe.



Fig. 6. Plano de la ubicación de la Universidad de Murcia. Extraído de Internet.

5.4.2.-El Hospital

Según el diccionario de la Real Academia Española, el hospital es un establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia.

Un hospital universitario es un hospital dedicado a la asistencia, docencia e investigación médica. Lo que lo diferencia de otros hospitales es su vinculación y compromiso con las funciones esenciales de la universidad: docencia, investigación y extensión.



Fig. 7. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Visto desde el Rio Segura. Fotografía sacada de Internet.

Este trabajo de campo se desarrolla en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Situado en la capital murciana, en la avenida Jorge Intendente Palacios, junto al río Segura. Pertenece al área 7 de salud, Murcia/Este, es el hospital de referencia de distintas zonas, por lo que presta servicio a los municipios de Beniel y Santomera; a los barrios del Carmen, Infante y Vistabella y a las pedanías de Llano de Brujas, Puente Tocinos, Benijáén, Alquerías y Monteagudo; siendo la población atendida de unas 202.000 personas.

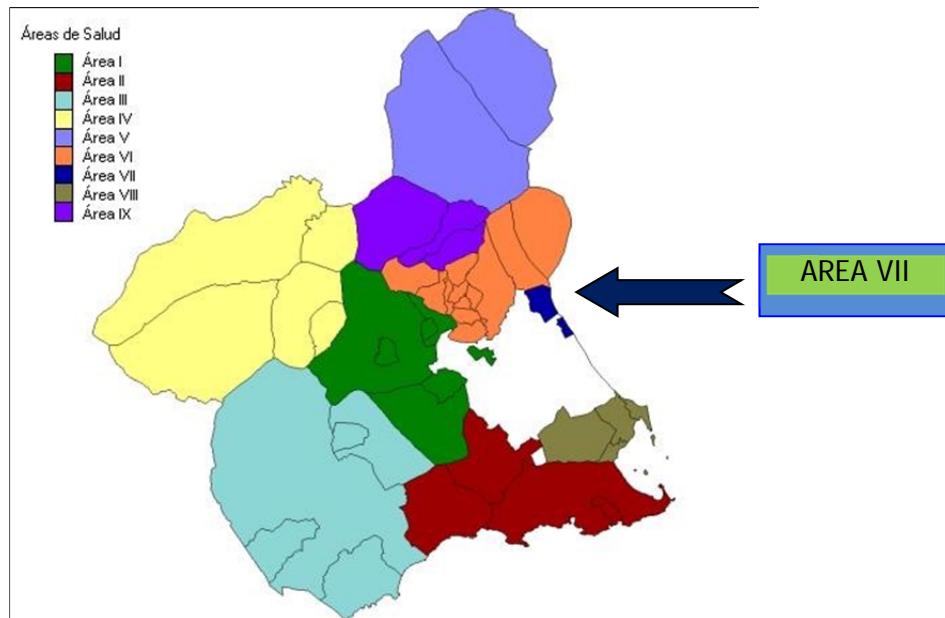


Fig. 8. Plano de las áreas de Salud de la Región de Murcia. Sacado de internet.

El hospital cuenta con una plantilla de 414 enfermeras y 350 auxiliares de enfermería, personal directivo 13, personal facultativo 442 y personal no sanitario 408 aunque el hospital tiene una historia de casi un siglo de vida, fue reconstruido hace once años

Los recursos estructurales son: 12 quirófanos, 75 locales de consulta, 10 puestos de hospital de día médico, 21 puestos de hospital de día quirúrgico y 31 puestos de sala de hemodiálisis.

El número de camas totales es de 330 y por cada servicio son: 1 alergología, 22 cardiología, 46 cirugía, 1 dermatología, 8 digestivo, 2 endocrinología, 11 ginecología, 12 infecciosos, 1 maxilofacial, 70 medicina interna, 10 nefrología, 14 neumología, 19 neurología, 30 psiquiatría, 2 oftalmología, 6 otorrinolaringología, 26 traumatología, 16 unidad de corta estancia, 12 unidad de cuidados intensivos, 4 unidad de desintoxicación hospitalaria y 15 urología.

5.4.2.1.-Descripción de la unidad de cirugía del hospital

Como vamos a explicar en la metodología del estudio, he escogido a los 12 alumnos que aleatoriamente realizaban sus prácticas en la unidad de cirugía, por ello considero que debo hacer una descripción más detallada de la misma.

La unidad de cirugía está situada en la sexta planta del hospital. Cuando hablamos de cirugía, nos referimos a que en esta planta es donde se lleva a cabo el ingreso y acogida de los pacientes que van a ser intervenidos mediante cirugía programada o de urgencias.

La sexta planta del hospital consta de dos alas, derecha e izquierda. En el ala derecha, las intervenciones que se llevan a cabo son a cargo de ginecología, urología y, en menor proporción, de cirugía digestiva. El cargo, que es la palabra que se utiliza en nuestro ámbito hospitalario, hace referencia a la especialidad que se le asigna al paciente. En el ala izquierda las intervenciones son en un 90% de cirugía digestiva y el tanto por ciento restante va en función de la demanda existente en el hospital, según las distintas especialidades (medicina interna, digestivo, otorrino, maxilofacial....etc).

Todas las habitaciones tienen vistas al exterior, hacia el río Segura. Las ventanas están limitadas en apertura por motivos de seguridad, así como en visibilidad a fin de evitar una exposición prolongada al sol. Las habitaciones son dobles y comparten el baño, excepto cuatro habitaciones de cada ala que son individuales, dos porque tienen aislamiento inverso y las otras dos, atendiendo a las necesidades del servicio, puede que se tengan que habilitar. Los pasillos son largos y esto supone un beneficio para el paciente ya que le permite caminar fuera de la habitación. No obstante, debido a las distancias, pese a la ubicación central del control de enfermería, se hace más costosa la tarea asistencial.

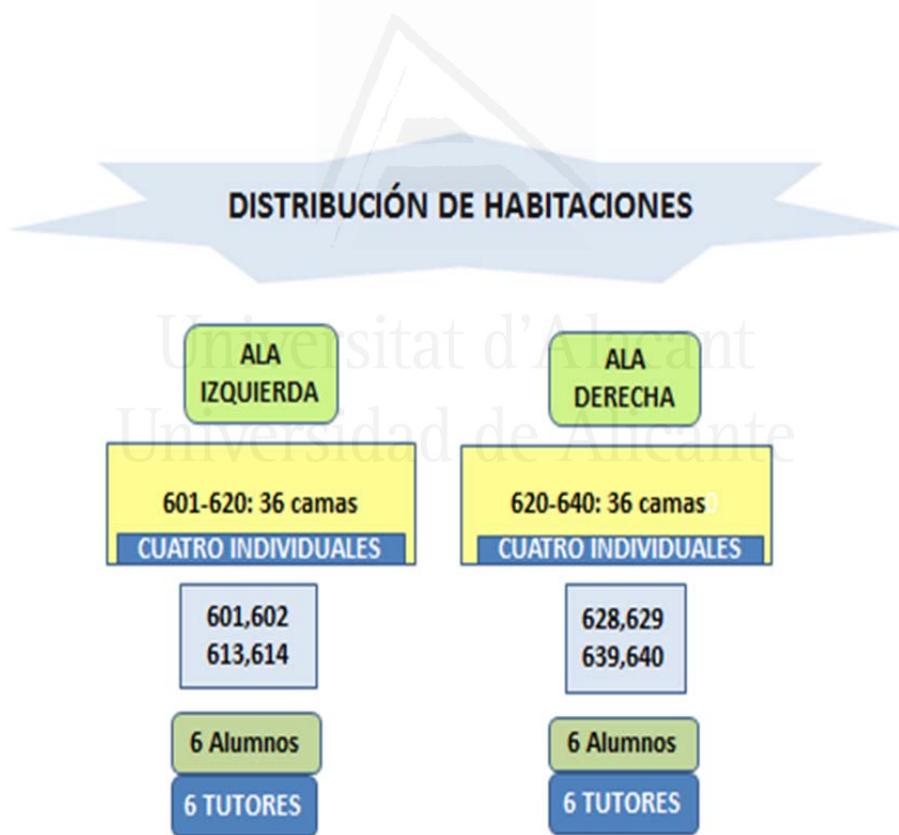


Fig. 9. Distribución de alumnos y tutores por ala y habitaciones. Elaboración propia.

El alumno va junto a su tutor y éste realiza las tareas propias de la unidad a la que pertenece. La dinámica de la planta en turno de mañana es diferente a la del turno de tarde y noche, por eso creo conveniente exponerlas a continuación:

-Turno de mañana.

Horario 8-14h.

Recogida de relevo (las anotaciones más significativas de cada paciente o lo que pueda quedar pendiente).

Revisión de historia clínica de cada paciente.

Toma de constantes, tensión arterial, temperatura y glucemia a los diabéticos.

Preparación y administración de medicación.

Actualización de sueroterapia.

Supervisión de la nutrición del paciente.

Registros de todas las tareas en selene (programa informático).

Pase de visita médico y enfermero

Pautas horarias de tratamiento

Procedimientos técnicos, Curas de heridas y catéteres venosos periféricos.

Registros de tareas y relevo en selene.

Valoración de enfermería e informe de continuidad de cuidados al alta.

Dar el relevo al siguiente turno.

-Turno de tarde.

Horario 15-21h.

Recogida de relevo.

Revisión de historia clínica

Toma de constantes, tensión arterial, temperatura y glucemia a los diabéticos.

Preparación y administración de medicación.

Actualización de sueroterapia.

Supervisión de la nutrición del paciente.

Preparación historias de ingresos programados

Valoración de enfermería e informe de continuidad de cuidados al alta.

Acogida, canalización venosa y extracción de analíticas de ingresos programados.

Dar el relevo al siguiente turno.

-Turno de noche.

Horario 22-8h.

Recogida de relevo.

Revisión de historia clínica

Toma de constantes, tensión arterial, temperatura y glucemia a los diabéticos.

Preparación y administración de medicación.

Actualización de sueroterapia.

Valoración de enfermería e informe de continuidad de cuidados al alta.

Extracción de analíticas.

Preparación de quirófanos

Registros de tareas y relevo en selene.

Dar el relevo al siguiente turno.

5.4.2.2.-La acogida al tutor.

El tutor de enfermería es un enfermero que va a llevar a su cargo a un alumno de enfermería al que va a enseñar, durante sus prácticas, las tareas que lleva a cabo en relación con la profesión. Es una figura asignada por la dirección de enfermería del hospital, que se designa en función de la demanda de alumnos por parte de la universidad con respecto a la oferta que ofrece dicho hospital. A día de hoy el criterio de selección de los tutores es el carácter voluntario de los mismos, de forma que exista de base una predisposición a la docencia y, si no hay ninguna notificación desfavorable con respecto a la tutoría del profesional, pasa a formar parte de una lista de tutores que se comparte con la Universidad.

Las profesoras asociadas citamos al tutor mediante una carta nominativa una semana antes del comienzo de las prácticas de los alumnos, en la que les informamos de la fecha de incorporación de los mismos al hospital y de la importancia de que acudan a la reunión de tutores. La carta va en un sobre en el que se deposita el documento cuyo contenido vamos a tratar el día de la reunión a fin de que, si algún tutor no puede acudir, tenga todo por escrito. En la reunión les explicamos las tareas y responsabilidad del

tutor, así como los beneficios que tienen con la tarjeta universitaria y los créditos que consiguen con la tutorización, el proceso de evaluación, y la importancia de que tutor-alumno antes de la evaluación final realicen una evaluación intermedia, además de todo lo anterior se les explica el rotatorio que realiza el alumno desde su llegada hasta la finalización de las prácticas y cómo deben actuar en caso de accidente biológico. Al final de la reunión agradecemos su labor y resolvemos dudas y propuestas que los tutores nos plantean (Anexo V).

5.4.2.3.-La acogida al alumno.

Los alumnos de enfermería de tercero de grado de la Universidad de Murcia que se disponen a realizar sus prácticas en el hospital General Universitario Reina Sofía de dicha ciudad, llegan al Hospital el día 28 de Enero de 2013, el año en el que comienza nuestro estudio de campo. Cincuenta alumnos eran citados ese día a las ocho y cuarto de la mañana para comenzar sus prácticas clínicas. La cita concertada desde la Universidad supone para los profesores asociados un trabajo cargado de preparación, incertidumbre e ilusión para que ese “día de la acogida” suponga un encuentro lleno de satisfacción para todos y en especial para el alumno, el cual deseamos que se adapte a la unidad que le corresponde, a su funcionamiento y al tutor asignado, todo ello va dirigido hacia su crecimiento y el aprendizaje. Al principio todos son alumnos en plural, nos dirigimos al grupo en general; después, conforme transcurre el tiempo, cuando nos miran a los ojos y vemos sus caras, su voz, su ilusión, entonces la persona toma forma, se individualiza y nos lleva a comprender las diferentes situaciones que plantean.

En su primer día de llegada al hospital, los alumnos son conducidos al aula de docencia que está situada en la planta baja, donde los profesores asociados les damos la bienvenida, exponiendo unas indicaciones generales para todos, tales como normas de prevención, la importancia de ir uniformado, con la identificación correspondiente, la entrega de documentos a lo largo de las prácticas, evaluación...etc. Durante la exposición, le explicamos al alumno la importancia del respeto y de la relación no solo con el paciente sino con el tutor. En este momento es cuando se les explica que deben presentar el diario de campo como documento que forma parte de la asignatura que están cursando.

Para finalizar se le entrega a cada alumno un tríptico con las normas del hospital y un plano que detalla la ubicación de las distintas estancias y unidades. Se les facilita la documentación donde se detalla el rotatorio de cada alumno por el hospital, qué unidad tienen asignada y quién es su tutor en el transcurso de sus prácticas. A cada alumno se le asigna un tutor, el tutor tiene una clave x en la unidad donde trabaja, al que le corresponden los turnos con sus respectivos días de trabajo y libranzas, el alumno se debe adaptar al horario, y turnos del tutor. Se puede dar el caso en que un alumno lleve dos tutores si éstos comparten media jornada de trabajo, pero son muy pocos (dos alumnos) los que están en esta situación.

Tras finalizar el programa que diseñamos las profesoras asociadas para la acogida del alumno, acompañé personalmente a los alumnos que tenían designada la sexta planta derecha e izquierda, y les enseñé, por separado, las diferentes secciones dentro de cada unidad.

El alumno, según el rotatorio que le corresponde, comienza sus prácticas en la unidad de hospitalización o en quirófano. En la primera debe asistir un total de 28 días al margen de las librazas correspondientes de su tutor, y en la unidad de quirófano, permanecen 9 días hábiles.

5.4.2.4.-La acogida al paciente.

El paciente en la unidad de cirugía tiene un perfil dentro de su individualidad. Desde el punto de vista médico, el objetivo principal es realizar una intervención exitosa y sin complicaciones pre y post operatorias; desde la visión de enfermería, el objetivo es, durante su ingreso, proporcionar los cuidados necesarios para que recupere su salud; y desde el paciente en líneas generales, es encontrarse con fuerzas y capacitado para terminar de recuperarse en casa, pero en todo ese proceso, la relación con él y el equipo de salud, va a ser continua. Las intervenciones están en función de los diagnósticos más o menos complicados y a veces suponen un gran riesgo para su vida.

Un 80-90% de los pacientes ingresan en la unidad, como ingresos programados. Los pacientes de ingreso programado son los que, por medio de una lista de espera, son avisados a casa y se les cita para el día de la intervención. El proceso normal es que el paciente ingrese por la mañana o por la tarde anterior al día de la intervención, dependiendo de los cuidados preoperatorios; el lugar del ingreso es desde admisión de urgencias. Los pacientes de cirugía que ingresan de forma inminente son los que de forma excepcional van a ser intervenidos por motivos de causa mayor. Los pacientes que proceden de urgencias son los que de forma excepcional van a ser intervenidos por motivos de causa mayor.

El celador conduce a los pacientes que van a ser intervenidos desde admisión de urgencias hasta la sexta planta donde el auxiliar de enfermería le acompaña a su habitación y les explica la ubicación, las dependencias, dónde está el timbre para llamar, ofreciéndole material para el aseo personal y facilitándole la guía de información para usuarios.

Los alumnos, junto con los tutores, reciben a los pacientes que ingresan y les realizan la valoración de enfermería siguiendo el modelo de Doretea Orem y según los patrones de Marjori Gordon. Además, al ingreso del paciente, alumno y tutor realizan los procedimientos que forman parte del preoperatorio, tales como canalización de vías o extracción de analítica de sangre. A partir de este momento, el paciente comienza a tener una relación con cada uno de los profesionales, entre ellos con el alumno.

5.4.2.5.-Organización y estructura de la estancia hospitalaria.

La plantilla de profesionales de la unidad de cirugía que comprende cada ala de la unidad de hospitalización está formada por 12 enfermeros y 12 auxiliares que siguen un turno rotatorio de mañana, tarde y noche; además hay 2 enfermeros y 2 auxiliares en turno fijo de noches. También contamos con un celador fijo en turno de mañanas y compartido en turno de tarde y noche. Cada enfermero posee una clave que se corresponde con un número del 1 al 13, esto figura en unas tablas de coordenadas que permiten visualizar de forma rápida el turno que corresponde a cada clave.

Los 12 alumnos se distribuyen en proporción de seis en el ala derecha y seis en la izquierda. A cada uno le corresponde un tutor y por tanto una clave, que es la misma que tiene su tutor. La supervisora les da una copia de la planilla puesto que, según la clave del tutor, es el turno que deben seguir durante sus prácticas clínicas. Los alumnos no hacen muchas noches, siguiendo normalmente al tutor, en los casos que el tutor cambie con otro compañero o por libranza, el supervisor de forma excepcional ubica al alumno con otro tutor que esté cualificado. Mi clave es la numero 6, en el ala izquierda, a la que no se le asigna ningún alumno por mi condición de profesora asociada, ya que puede resultar un agravio comparativo de unos alumnos respecto de otros. A las claves de noches, la 13 y la 14 en ambas alas, tampoco se les asigna alumnos por el tipo de turno, la nocturnidad.

5.4.2.6.-Informe de evaluación de prácticas.

Es muy interesante conocer qué competencias, desde el punto de vista de la Universidad, debe evaluar el tutor en el alumno en sus prácticas clínicas. En este trabajo es esencial recoger qué actitudes debe conseguir el alumno dentro de la competencia relacional. No debemos olvidar que existen dos tipos de evaluaciones: la de la unidad de hospitalización y la de quirófano. A continuación presentamos las intervenciones que se traducen en actitudes, y se evalúan en el alumno en cada unidad.

5.4.2.6.1.-Evaluación unidad de quirófano.

EVALUACIÓN EN LA UNIDAD QUIRÚRGICA	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CALIFICAR DE 1 A 10
1.-Circula respetando las áreas sépticas y asépticas	
2.-Realiza el lavado quirúrgico de manos	
3.-Utiliza correctamente el atuendo quirúrgico	

4.-Conoce la situación del paciente que va a ser intervenido	
5.-Realiza la recepción del paciente.	
6.-Realiza la preparación básica del quirófano	
7.-Es capaz de prever las necesidades del paciente	
8.-Acude a las demandas del paciente	
9.-Conoce el material básico necesario para una intervención	
10.-Conoce el aparataje básico utilizado en quirófano	
11.-Colabora con el/la enfermero/a volante o circulante	
12.-Colabora con el/la enfermero/a instrumentista	
13.-Colabora con el/la enfermero/a de anestesia	
14.-Va correctamente identificado	
15.-Cumple el horario establecido	
16.-Presenta buena disposición al trabajo y aprendizaje	

Fig. 10. Evaluación del alumno en la unidad de quirófano en el curso 2012-2013. Documento de la asignatura prácticas II.

Dentro de los criterios que debe cumplir el alumno en la unidad quirúrgica observamos un vacío en materia relacional ya que, en la evaluación de las prácticas de dicha unidad, no hay ninguna intervención que haga referencia a la competencia relacional. Podemos cuestionarnos si es que en la unidad quirúrgica el alumno no necesita estar cualificado en competencia relacional.

Debemos señalar que el paciente pese a que en el acto quirúrgico permanece anestesiado y dormido, la unidad quirúrgica comprende también el área de reanimación y preanestesia, donde el paciente está adormilado pero consciente y más o menos orientado, salvo casos excepcionales. Por lo tanto nos cuestionamos si tanto en el preoperatorio y postoperatorio inmediato no es necesario establecer una relación de ayuda para acoger y satisfacer al paciente en una necesidad planteada como es la de

sentirse cuidado, paliando sus miedos e incertidumbre y arropándole en los momentos previos y posteriores a la cirugía.

5.4.2.6.2.-Evaluación unidad de Hospitalización.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN		
VALORACIÓN Y REGISTRO		CALIFICAR DE 1 A 10
CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES		CALIFICAR DE 1 A 10
1	Realiza valoraciones de enfermería utilizando los patrones funcionales de M. Gordon y participa en los planes de cuidados de sus pacientes, aplicando la metodología enfermera y utilizando las taxonomías NANDA, NOC, NIC.	
2	Realiza los formularios establecidos en la unidad al ingreso y al alta del paciente.	
3	Realiza cuidados y procedimientos básicos de higiene y movilidad del paciente.	
4	Proporciona cuidados al paciente moribundo y en caso de exitus.	
	CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS (Actividad-Ejercicio)	CALIFICAR DE 1 A 10
5	Realiza cuidados respiratorios (oxigenoterapia, aspiración y movilización de secreciones).	
6	Maneja correctamente los accesos vasculares periféricos (canalización, mantenimiento y retirada).	
7	Contribuye en las actividades de movilidad del paciente	
8	Realiza cambios posturales al paciente encamado.	
	CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS (Nutrición)	CALIFICAR DE 1 A 10
9	Maneja correctamente el sondaje nasogástrico (colocación, mantenimiento y retirada).	

10	Administra alimentación oral y/o enteral por sonda nasogástrica.	
11	Realiza correctamente los cuidados al paciente con nutrición parenteral.	
12	Realiza el balance hídrico (ingresos, diuresis y otras pérdidas).	
	CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS (Eliminación)	CALIFICAR DE 1 A 10
13	Maneja correctamente el sondaje vesical (colocación, mantenimiento y retirada).	
14	Valora y observa la frecuencia, volumen y consistencia de las heces, detectando posibles alteraciones.	
15	Administra enemas, cánulas y/o supositorios.	
	ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN	CALIFICAR DE 1 A 10
16	Administra correctamente fármacos por vías enterales y parenterales (preparación, dosis, posibles efectos secundarios).	
17	Maneja correctamente la fluidoterapia	
18	Realiza gasometrías	
19	Realiza adecuadamente la recogida de muestras biológicas.	
20	Realiza cura de heridas y retira puntos de sutura.	
21	Coloca vendajes y apósitos.	
22	Se comporta de forma adecuada ante una parada cardiorrespiratoria.	
	RELACIÓN CON EL ENTORNO Y EL EQUIPO	CALIFICAR DE 1 A 10
23	Al ingreso de un paciente lleva a cabo el procedimiento de acogida establecido en la unidad	
24	Conoce el entorno clínico y se desenvuelve en él sin dificultad	
25	Identifica correctamente a cada miembro del equipo.	

26	Identifica correctamente a los pacientes y cuidadores principales.	
	COMPETENCIAS TRANSVERSALES	CALIFICAR DE 1 A 10
27	Conoce y respeta la confidencialidad y privacidad contempladas en la ley.	
28	Favorece la intimidad del paciente en los momentos que se precise.	
29	Habla y escribe correctamente el idioma castellano en términos disciplinares y científicos.	
30	Utiliza el pensamiento crítico al realizar cuidados básicos (parar y reconducir)	
31	Realiza correctamente los lavados de manos higiénico y aséptico, y los utiliza según proceda.	
	ACTITUDES BÁSICAS	CALIFICAR DE 1 A 10
32	Se comunica adecuadamente con el equipo de salud, familiares y pacientes.	
33	Muestra actitudes de empatía, tolerancia y respeto hacia el paciente, la familia y los profesionales.	
34	Participa con otros profesionales en el proceso de cuidados del paciente.	
35	Reconoce y desarrolla, en la medida de sus competencias, su rol dentro del equipo.	

Fig. 11. Evaluación del alumno en la unidad de hospitalización en el curso 2012-2013. Documento de la asignatura prácticas II.

En la evaluación de la unidad hospitalaria, más concretamente en el apartado de actitudes básicas, puntos 32 y 33, observamos que en el punto 32 se hace referencia a que el alumno establezca una comunicación adecuada con el equipo de salud, familiares y pacientes. En este punto me cuestiono, ¿sabe el alumno comunicarse?, ¿conoce el alumno las técnicas de comunicación?, ¿los docentes estamos preparados para enseñarlas? Por otro lado, en el punto 33 se contempla la importancia de que el alumno muestre actitudes de empatía, tolerancia y respeto hacia el paciente, y también hace referencia a la familia y los profesionales con los mantiene contacto. De nuevo me cuestiono qué entiende el alumno por tolerancia y respeto, para ver si hablamos de lo mismo. ¿Conoce el alumno la definición de empatía? ¿Sabe el alumno o ha practicado esta actitud?.

5.4.2.6.3.-Evaluación Diario de Campo.

El diario de campo es un documento de carácter obligatorio que se evalúa teniendo en cuenta la forma y presentación (Anexo IV).

- La portada debe contener el título, el nombre del alumno y el correo electrónico o teléfono de contacto.
- Se tendrá en cuenta la creatividad y originalidad del alumno.
- En cuanto al contenido, deben reflejarse diariamente los aspectos más relevantes para el alumno en su práctica diaria; se tendrá en cuenta en la realización que se lleve a cabo de forma cronológica y que la información sea clara y organizada.
- Las expresiones que se utilicen deben ser propias de un alumno universitario, utilizando un lenguaje respetuoso y al margen de críticas o enjuiciamientos. Sin faltas de ortografía.
- La puntuación del diario es de 1 punto sobre diez, siendo los nueve restantes el resultado de la evaluación de quirófano y planta hospitalaria.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.-METODOLOGÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.1.-CONTEXTO NATURAL.

6.2.-GRUPO DE ESTUDIO.

6.3.-ETICA DEL ESTUDIO.

6.4.-ALEATORIEDAD.

6.5.-TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

6.5.1.-LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.

 6.5.1.1.-CUADERNO DE CAMPO.

 6.5.2.-EL DIARIO DE CAMPO.

 6.5.2.1.-ESTRUCTURA DEL DIARIO.

 6.5.3.-LAS ENTREVISTAS.

 6.5.4.-EL GRUPO DE DISCUSIÓN.

6.6.-FASES DEL ESTUDIO.

 6.6.1.-FASE 1^a. DE TRABAJO CON EL ALUMNO.

 6.6.2.-FASE 2^a DE COMPETENCIA RELACIONAL.

6.7.-ASPECTOS NEGATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

6.-METODOLOGÍA

Este estudio se desarrolla a través de una investigación cualitativa descriptiva mediante observación estructurada, ya que se ha utilizado la observación sistemática con un objetivo descriptivo. Por otro lado, la investigación se lleva a cabo en el contexto habitual donde se produce el fenómeno: el hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Así que podemos decir que es un estudio descriptivo natural, en el que intentamos interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas: los alumnos de enfermería de tercero de grado de la Universidad de Murcia. Por ello, también hemos tenido en cuenta, a la hora de configurar el marco contextual, la procedencia de este grupo de población, el origen y la institución que los enmarca en un contexto que es la Universidad, una institución de enseñanza superior e investigación.

Esta investigación cualitativa es interactiva y reflexiva. Es decir, los investigadores cualitativos tratamos de comprender a las personas, en este caso a los alumnos, dentro del marco de referencia de ellos mismos. La investigación es abierta, es decir, no excluimos de la recolección y el análisis de datos puntos de vista distintos al que investigamos. El investigador cualitativo ve a las personas y los escenarios de una manera holística; por consiguiente, no los considera como “variables” sino, como “un todo” y, finalmente, todas las perspectivas son valiosas (Tamayo y Gómez, 1999).

Así, podemos afirmar que la investigación cualitativa es holística. Esto es, el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, lo que confirma que es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo personal y a la experiencia particular de cada persona (Polit y Hungler, 2000).

Hablamos de un conocimiento humanista porque se centra en el alumno como ser complejo para quien la formación depende, en gran medida, de la construcción cultural, donde la persona y sus estructuras sociales construyen valores, prácticas y saberes en contextos culturales concretos. Por tanto, está cargada de significados que es preciso conocer y comprender si pretendemos, como profesionales de Enfermería, prestar cuidados integrales y culturalmente congruentes.

6.1.-Contexto Natural.

La unidad de hospitalización escogida para el estudio es la unidad de cirugía mayor, que corresponde a la sexta planta del hospital Reina Sofía de Murcia, en la que se programan intervenciones relacionadas con urología, ginecología, aparato digestivo, obesidad y en menor proporción otras especialidades en general, donde la estancia hospitalaria presenta una media de 2-6 días, dependiendo del tipo de intervención, de la gravedad y de las características individuales de cada paciente.

Seleccioné esta ubicación por dos razones:

1.-La primera, porque es una unidad muy dinámica desde el punto de vista de la estancia hospitalaria, ya que son pacientes que ingresan para ser intervenidos con el objetivo de ser dados de alta en cuanto su recuperación lo permita. Además, ofrece al alumno la posibilidad de ver gran variedad de personas y de diagnósticos diferentes. Por lo tanto, un gran flujo de ingresos y altas hace que el alumno tenga una mayor visión y un mayor contacto con diversas personas y diferentes perfiles.

En otras unidades donde las estancias de los pacientes son más largas en el tiempo, el alumno va a mantener a su vez relaciones prolongadas con los mismos individuos y considero que para este estudio sobre habilidades relacionales es importante tener experiencia con diversidad de pacientes, de vidas y de emociones. No obstante, considero que el cuidado relacional es continuo y no entiende de número sino de situaciones vividas que pueden pertenecer a una misma persona.

2.-La segunda razón es porque al trabajar como enfermera en esta unidad, ello me permitía una mayor dedicación, seguimiento y cercanía de sus prácticas. He de señalar que, aunque he estado supervisando de forma continuada las prácticas de los doce alumnos, al trabajar en el ala izquierda de la planta mi contacto ha sido mayor con los seis alumnos que estaban allí ubicados. De este modo, he podido observar muy de cerca sus conocimientos, habilidades y actitudes. Yo no fui tutora de ninguno de los alumnos, porque además, por mi condición como profesora asociada de las prácticas clínicas, me mantengo alejada de esta función ya que puede generar un agravio comparativo de unos alumnos con respecto a otros.

Desde el punto de vista cronológico y organizativo este estudio lo hemos llevado a cabo en tres secuencias: la llegada del alumno al hospital, la estancia del alumno en sus prácticas y la despedida o cierre de su aprendizaje en el área clínica. Estas tres secuencias se reflejan en los diarios de campo que los alumnos escriben diariamente, y en el cuaderno de campo que he realizado.

6.2.-El Grupo de Estudio.

Burns y Groven (Burns y Groven, 2004) afirman que, en la investigación cualitativa, el centro del estudio se encuentra más en la calidad de la información obtenida de la persona, situación o suceso, que en el número de participantes. Añaden que éste es adecuado cuando el investigador tiene plena comprensión de la información o se alcanza la saturación de los datos; la saturación de los datos se da cuando las personas adicionales no proporcionan información nueva, solo se repiten los datos recogidos con anterioridad (Vanegas, 2011).

El objeto de la investigación cualitativa es revelar la subjetividad, entendiéndose como subjetividad la manera como los alumnos que participan, dan sentido a sus experiencias y a sus vidas, por lo que el muestreo se centra más en las experiencias, los acontecimientos y situaciones que en la cantidad de personas participantes. Para la

investigación cualitativa no se requiere gran número de participantes, solo se necesita que el investigador se interese por seleccionar a sujetos capaces de proporcionar una amplia información sobre la experiencia o situaciones que estudian (Burns y Groven 2004).

Las personas que participan en este estudio para la investigación cualitativa a los que comúnmente se les denomina participantes o informantes, son los alumnos de enfermería de tercero de grado de la Universidad de Murcia que comenzaban el curso 2013-2014, todos y cada uno de ellos eran posibles participantes por sus particulares conocimientos, experiencias u opiniones relacionadas con el estudio.

Para determinar el número de participantes, con el fin de alcanzar la saturación de la información, he tenido en cuenta como aspectos importantes: 1) el ámbito del estudio, 2) la naturaleza del tema, 3) la calidad de los datos recogidos y 4) el diseño del estudio.

De los cuarenta y siete alumnos que comenzaron las prácticas en el hospital Reina Sofía de Murcia en el curso 2013-2014, iban a ser seleccionados aquellos que, de forma aleatoria, ocuparan los doce puestos que pertenecían a la unidad de hospitalización de la 6^a planta del hospital, ala derecha e izquierda.

Teniendo en cuenta la aleatoriedad del estudio debo señalar que previamente informé al resto de los alumnos que comenzaban las prácticas sobre la existencia del trabajo de investigación que estaba llevando a cabo y les di la opción de que si alguno de ellos quería participar, pese a no estar en dicha unidad, podían hacerlo; es decir, a quien tuviera interés se le podía incluir en el estudio.

6.3.-Ética del Estudio.

El trabajo de investigación toma en cuenta el aspecto ético, por el cual explicamos a cada alumno la finalidad y el objetivo del estudio, así como el anonimato y confidencialidad de los datos recolectados, sin causar algún perjuicio. Estas consideraciones éticas se plasman en la autorización de cada alumno mediante la firma en el consentimiento informado (Anexo II).

La presente investigación analiza la realidad socio-cultural de la profesión enfermera, y concretamente los valores y actitudes que tienen más peso en materia relacional en el colectivo alumno. Dado las características del tema, y para facilitar una información veraz, se cumplen con una serie de requisitos o consideraciones éticas. Los alumnos y alumnas informantes, acceden libremente a ser entrevistadas/os. Los doce alumnos que participaron en el estudio firmaron por escrito que querían participar en el proyecto, y aceptaban ser informantes de todo lo relacionado con la competencia relacional.

Se establece previamente un pacto que tiene en cuenta que hemos respetado la confidencialidad de cada entrevista, de cada diario y del grupo de discusión, identificando a los alumnos con nombres ficticios y siempre desde la más absoluta

discreción. También hemos de señalar que hemos tenido especial cuidado en el contenido y los textos de los documentos objeto de estudio, de forma que hemos ocultado nombres para no poner en compromiso a las personas a las que se ha hecho mención. Hemos dejado de lado las identificaciones permaneciendo en el anonimato, tanto si la información era favorecedora como si por el contrario no lo era tanto, basándonos en extraer aquello que aporte el conocimiento desde la perspectiva del avance, el ejemplo y crecimiento como enfermeros más humanizados.

Es importante señalar que la lectura de los diarios de campo la he realizado desde mi posición como investigadora y docente. La información contenida en el mismo no se puede difundir salvo por orden expresa y consentimiento del alumno. También se pidió a los alumnos que dentro de su libertad de expresión debían tener en cuenta el respeto, la confidencialidad de los datos de los pacientes y la educación hacia todo el personal entre el que figura el equipo de salud.

6.4.-Aleatoriedad.

Los alumnos de enfermería de tercero de grado que envía la Universidad de Murcia, tienen que ser seleccionados en función de los puestos que se ofertan por parte del Hospital. Desde la dirección de enfermería del Hospital, el supervisor de Docencia ha asignado por orden alfabético las plazas con las que cuenta el hospital y que este pone a disposición de la Universidad, de forma que 12 alumnos cubren cada unidad de hospitalización, 6 puestos en el ala izquierda y 6 en la derecha, en cada una de las plantas, que son la planta cuarta, quinta, sexta y séptima. Además hay dos puestos para 2 alumnos, en el hospital de día médico. La asignación por tanto se produce en ese orden y de modo aleatorio.

6.5.-Técnicas de investigación.

Las técnicas de investigación que hemos utilizado son:

6.5.1.-La observación participante, que nos permite valorar el entorno en el que se desenvuelve el alumno.

6.5.1.1-El cuaderno de campo que he realizado como investigadora principal, en el que reflejo lo que he ido observando y me ha permitido recoger información que después he podido contrastar con otras fuentes de datos.

6.5.2.-El diario de campo del alumno, en el que los alumnos escriben diariamente aquellas experiencias más significativas en cada unidad en la que están durante sus prácticas. En el diario nos relatan los procedimientos que llevan a cabo, la relación que mantienen con los pacientes o con el equipo, lo que sienten con respecto a su competencia no solo relacional, sino actitudinal. Al ser libres pueden expresar todo aquello que necesiten exponer.

6.5.3.-Las entrevistas semiestructuradas, realizadas a los alumnos para detectar el conocimiento, habilidades, técnicas y actitudes que posee el alumno de enfermería en materia relacional. En cada entrevista se realiza un role-playing con el alumno.

6.5.3.1.- El role-playing. Lo llevamos a cabo durante la entrevista, en la que presento al alumno el caso de un paciente que vive una situación determinada y relacionada con su estancia en el hospital. Yo interpreto el papel del paciente, que es atendido por un enfermero/a, cuyo rol interpreta el alumno. Todo ello da lugar a una relación que se crea entre ambos, la cual es susceptible de ser analizada.

6.5.4.- El grupo de discusión al finalizar las prácticas, para conocer a modo de síntesis qué es lo que habían aprendido y qué les parecía más significativo en materia relacional.

Las entrevistas, el diario de campo, el grupo de discusión, la observación y mi experiencia personal, que describen la rutina, las situaciones vividas y los significados en las prácticas de los alumnos. Estas herramientas han sido recogidas, transcritas, analizadas y evaluadas, de forma que los datos que hemos extraído nos proporcionan la información necesaria para que los objetivos vayan tomando forma y su consecución sea una realidad.

6.5.1.-La observación participante.

Mediante la observación participante, he acompañado al alumno en sus relaciones con el paciente y he sido testigo de diversas secuencias en las que el alumno establecía un diálogo con el paciente. Mientras yo estaba realizando una actividad enfermera, el alumno entraba a la misma habitación y realizaba otra actividad y yo le escuchaba hablar con él, observando la forma de acogerle, cómo procedía a realizar la técnica en cuestión y cómo cuidaba la relación con el mismo.

Según Bernard (Bernard y Russell, 1994), existen cinco razones para utilizar la observación participante en los estudios culturales, cada una de las cuales incrementa la validez del estudio. Pues bien, nosotros hemos tenido en cuenta esas cinco razones en nuestra investigación:

1.-Desde la observación participante he podido recoger diferentes tipos de datos cualitativos. A su vez, el hecho de estar en el espacio donde se hallaba el alumno durante un periodo de tiempo determinado me ha permitido familiarizarme con el grupo de estudio, facilitando el que pudiera involucrarme en ciertas actividades, como la relación entre el tutor y el alumno. He podido observar secuencias en la relación del alumno con el paciente para establecer a modo de cuaderno de campo, aquellos datos significativos que ponen de manifiesto cómo actúan los alumnos, cómo se manejan en la relación, el lenguaje que utilizan, las frases más significativas...etc. De forma que en este trabajo se refleje la competencia emocional y relacional del alumno, porque consideramos que una no puede ir desligada de la otra.

2.-Al trabajar cerca de ellos, pero desde mi propio puesto de enfermera, se reduce la incidencia de “reactividad”, es decir, la sensación del alumno de sentirse observado.

Considero que mi situación ha sido privilegiada como observadora, presenciaba sus dudas, su incertidumbre, los errores típicos por el hecho de ser alumnos e incluso la relación que se establecía entre ellos como compañeros.

He trabajado como enfermera mientras veía a los alumnos a mi lado realizando las tareas propias de las prácticas correspondientes al nivel que cursan. Mientras yo preparaba la medicación para los pacientes, ellos a su vez estaban preparando la medicación a los pacientes que el tutor llevaba a su cargo, por supuesto bajo su supervisión. Gracias a esta oportunidad de estar tan cerca del alumno desde el propio seno de la práctica, he sentido que he formado parte de sus prácticas. Se me ha brindado la posibilidad de estar en el campo de acción y puedo constatar que se ha llevado a cabo la observación con detenimiento, durante el turno de prácticas que tenían asignado.

3.- La observación participante me ha ayudado como investigadora a desarrollar preguntas que tienen sentido en un lenguaje propio de la situación y del grupo de estudio. ¿Cómo se relaciona el alumno con el paciente? ¿Por qué la mayoría de alumnos se sienten impotentes ante situaciones emocionalmente complejas? ¿Está el alumno preparado para llevar a cabo el cuidado relacional? ¿Existe un modelo de aprendizaje que sea práctico y efectivo, dirigido a los futuros profesionales?

4.-Me ha proporcionado una mejor compresión de lo que está ocurriendo, otorgando credibilidad a interpretaciones que se le dan a la observación.

5.-Es una forma de recoger los datos correctos de lo que estamos estudiando en el propio lugar de donde tiene lugar la acción.

6.5.1.1.-Cuaderno de campo.

Las notas de campo son datos descriptivos con los que pretendo expresar mi punto de vista y las reflexiones sobre la percepción que he tenido a lo largo de las prácticas del alumno. Este cuaderno es una fuente de información para ampliar la perspectiva de estudio. Por ello, consideré que dicha información debía dejarla por escrito y recoger mi punto de vista como enfermera, tutora y desde la visión de la enseñanza, como profesora. Mediante anotaciones he recogido en mis apuntes secuencias vividas con los alumnos, para dar forma a un pensamiento y reflexión que podrían abrir paso a nuevas puertas en la investigación. Considero que este cuaderno es un complemento al diario del alumno, ya que algunas de las anotaciones que he llevado a cabo se correspondían con las vivencias del alumno.

La estructura del cuaderno sigue una secuencia cronológica paralela con el diario del alumno, donde comienza por la acogida que se realiza al alumno, sigue por la estancia en la planta de hospitalización, no incluye su estancia en quirófano, puesto que no he estado presente en esa unidad, y termina con la despedida y la conclusión final.

Por tanto, la estructura es similar, pero la visión es desde el otro lado. El punto de vista del que observa pero no participa, del que conecta pero en la distancia.

Al participar como observadora en algunas de las secuencias que vivían los alumnos, puedo constatar que han sido también vivencias más desde otro plano, no solo con el paciente, sino con el tutor o con los compañeros de la planta de hospitalización en la que el alumno realizaba sus prácticas. Con ello quiero señalar que el alumno ha hecho referencia a las mismas historias o sucesos que habían supuesto momentos que dejaron huella en el alumno (verbalizado por ellos mismos) como experiencias difíciles de olvidar. Además, puedo constatar que muchos de los pacientes con los que el alumno ha establecido una relación y mencionan en su diario son personajes reales porque yo he trabajado con ellos, reflejando todo ello tanto en el diario de campo como en el grupo de discusión y enriqueciendo con ello este trabajo de investigación.

También debo señalar que en el cuaderno de campo figuran datos confidenciales que considero importantes, en los que yo era conocedora de situaciones vinculadas a las prácticas, aunque no eran objeto de estudio, donde algunos alumnos habían tenido problemas con los tutores y, dentro de mis capacidades, tuve que mediar para que esa relación fluyera de la manera más positiva para ambos. Estos detalles influían de manera directa en la estancia del alumno y en su quehacer, porque cuando algo por dentro nos mantiene en conflicto, perjudicando nuestra dimensión emocional, es más complicado poder llegar a la dimensión social y ejercer una relación de ayuda. En este caso, también la cualificación en materia relacional nos ayuda a desapegarnos de lo que llevamos con nosotros al hospital, para que no ejerza su influencia en el paciente o en los compañeros. Es en estas experiencias donde está el verdadero aprendizaje, porque son experiencias que vamos a integrar con nuestros valores y actitudes.

6.5.2.-El diario de campo del alumno.

El diario de campo va a permitir al alumno traducir o reflejar los momentos más significativos de su aprendizaje a pie de cama. Así, el alumno de enfermería nos transmite de una manera más cercana su quehacer en la práctica diaria. El mundo de las relaciones y de las emociones es un apartado complejo en la enseñanza y aprendizaje. Pues bien, el diario nos ofrece la recogida de esos momentos en los que se establece la comunicación, dando lugar a que se genere un proceso de trabajo continuo para el profesor y para el propio estudiante.

El diario de campo me permite, como investigadora, recoger las secuencias que están en nuestra línea de investigación y que son expresadas por el alumno porque las ha considerado relevantes para transcribir. Como investigadora, las voy a analizar de forma que los datos que nos aporten nos ayuden a corroborar y le den un mayor peso a las conclusiones obtenidas.

Mediante las anotaciones en el diario, vamos a observar y a detectar cómo el alumno se relaciona con el paciente, en la medida que en que él libremente lo quiera

expresar o incluso puede que no lo quiera expresar, pese a indicarle que es favorable porque le puede ayudar en su aprendizaje en las relaciones con el paciente. Si pese a nuestra indicación no lo refleja, este dato nos indica un mayor o menor interés sobre la materia. Esa falta de interés puede tener su base en el desconocimiento e ignorancia del beneficio que la competencia relacional le va aportar al alumno en su cualificación como profesional de enfermería en el cuidado del paciente. A veces, el alumno también expresa si se siente más o menos capacitado o cualificado en las relaciones que establece.

Un alumno que tiene interés en la competencia relacional reflejará en su diario momentos relacionados con diálogos y conversaciones que contribuyen a que esta competencia se vaya desarrollando, poniéndose de manifiesto su habilidad relacional. Reflejar esas secuencias no es condición indispensable para la evaluación del diario de campo, por lo que se pueden reflejar o no en la medida en que el alumno haya querido expresar el fenómeno que ha vivido, o bien la necesidad o el interés que le haya suscitado la competencia relacional.

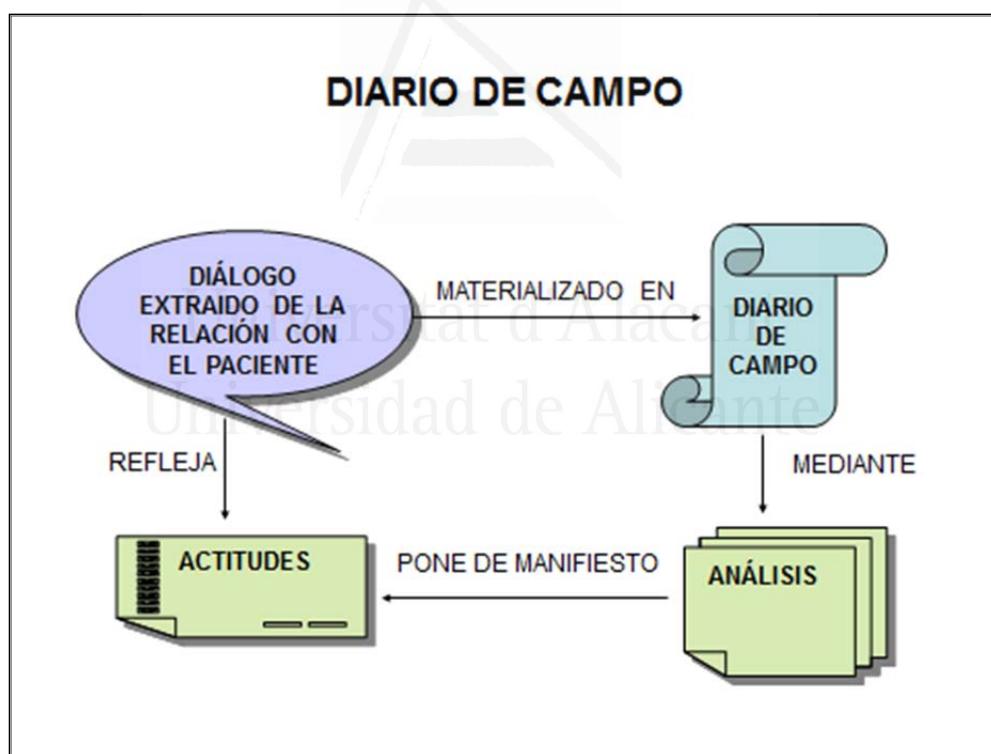


Fig. 12. Secuencias del diario de campo. Elaboración propia.

Por tanto, voy a centrarme en aquellos momentos en los que el alumno expresa sus sensaciones y percepciones y, sobre todo, daré un mayor protagonismo a esos espacios donde establece una relación con el paciente.

La forma que tenemos de valorar las secuencias en las que el alumno se relaciona con el paciente y el grado de profundidad que establece, es mediante el análisis de las experiencias que refleja.



Fig. 13. El grado de intervención relacional que el alumno expresa en el diario de campo.

Como podemos ver en la figura 13, el grado 1 corresponde a una descripción de los hechos, en la que el alumno escribe lo que ha vivido pero como quien narra una historia, en la que por el hecho de vivir ese acontecimiento su instinto le proporciona información pero sin llegar a más.

En el grado 2, utiliza el pensamiento para llevarlo a la reflexión y así integra lo que vive; en este sentido, el alumno hace alusiones a lo que piensa sobre la situación que vive, por lo que podríamos hablar de una toma contacto con lo que expresa el paciente y consigo mismo.

En el grado 3, además de lo expuesto en los grados anteriores, el alumno analiza la situación y de este modo construye llevando a la conciencia la experiencia vivida para después analizarla; el alumno permite que el análisis le lleve a sacar conclusiones. Todo esto se lleva a la práctica utilizando las hojas de registro que presentamos en este estudio.

	GRADO I	GRADO II	GRADO III
Fecha de registro	Descripción de los acontecimientos	Reflexión sobre la experiencia	Análisis de la relación con el paciente

Fig. 14. Hoja de registro sobre la intervención relacional del alumno. Elaboración propia.

En la figura 14, representamos la hoja de registro que potenciamos a que utilicen los alumnos como valoración que nos permite conocer el número de veces que el alumno hace alusión a una secuencia en la que ponga de manifiesto la relación con el paciente y el grado de profundidad que establece con la misma, invitándoles a que la lleven a cabo para su autoevaluación y autoconocimiento.

6.5.2.1.-La Estructura del diario del alumno

Desde el punto de vista cronológico y organizativo, el diario de campo se ha llevado a cabo en tres secuencias: la llegada del alumno al hospital, la estancia del alumno en sus prácticas y la despedida o cierre de su aprendizaje en el área clínica. Estas tres secuencias se reflejarán en los diarios de campo que los alumnos escriben diariamente.

Esta forma de estructurar el diario se establece el día de la acogida a los alumnos en el hospital, donde se les explica la importancia de que diariamente vayan escribiendo en consonancia con las tres etapas por las que pasan sus prácticas (la acogida, unidad de hospitalización, unidad de quirófano) y el final de las prácticas, donde el alumno a modo de conclusión relata aquello que considera va a cerrar el diario. Esta estructura nos permite un análisis más organizado, por tiempos.

ESTRUCTURA DIARIO DE CAMPO



Fig. 15. Estructura del diario de campo. Elaboración propia.

De este modo, todos los alumnos siguen la secuencia que aparece en la figura 16. En cada etapa he observado que a su vez el alumno expresa tres tiempos: el comienzo, desarrollo y finalización de la estancia de prácticas, donde los sentimientos y las actuaciones del alumno varían considerablemente.



Fig. 16. Fases y contenido del diario de campo. Elaboración propia.

6.5.3.-Las Entrevistas.

Hemos realizado 12 entrevistas semiestructuradas mediante preguntas abiertas, dando oportunidad a recibir más matices en la respuesta. Esto nos permite ir entrelazando temas, aunque esto requiere de una gran atención y tener una gran actitud de escucha para poder encauzarlos.

Se solicitó permiso a los alumnos para llevar a cabo las entrevistas, a lo que todos contestaron que sí, concertando con cada uno de ellos una cita, informándoles del tiempo de duración de la entrevista, hora y el día que la íbamos a realizar, dentro de un horario que no interfiriera en las horas lectivas correspondientes a sus prácticas clínicas. Les fue indicado previamente que duraría alrededor de 30-35 minutos aproximadamente.

Hicimos este tipo de entrevista porque supone un momento de interacción social, donde buscamos la información e ideas recogidas en los fenómenos sociales observados (los alumnos). De esta forma, vamos a obtener datos sobre la problemática central del estudio, es decir, sobre la competencia relacional, conociendo así lo que representa para el alumno la relación de ayuda en su trabajo, sirviendo de contrapunto con los datos obtenidos de las observaciones realizadas.

En las entrevistas seguimos una misma estructura. A los participantes se les explica lo que vamos a tratar en la entrevista y el objetivo que perseguimos, de forma que ellos se expresen. La información puede ser organizada en áreas de interés particular dentro del objeto de estudio para abordar los objetivos de la investigación. Hay además una considerable flexibilidad que permite a quienes contestan hablar y expresar libremente sus sentimientos y percepciones.

El objetivo principal de la entrevista es conocer la competencia relacional que poseen los alumnos de enfermería que forman la muestra de este estudio. Esta investigación va encaminada a detectar si existen carencias en la formación del alumno de enfermería de tercero de Grado y así poder confirmar la hipótesis sobre la importancia que tiene la formación en el cuidado relacional.

Para poder llevar a cabo este objetivo, hemos dividido la entrevista en tres partes:

1^a-Conocer qué entiende el alumno por competencia relacional y, mediante feedback, conseguir una definición con la que ambos estemos de acuerdo, con la aclaración de los términos que se deriven de ella. El hecho de que los investigadores puedan pedir aclaraciones a los entrevistados aumenta la validez.

2^a-Realizar un role-playing, en el que se le explica al alumno que yo voy a actuar de paciente y él/ella va a actuar de enfermero/a, para observar la relación que mantienen ambos y así poder valorar cómo está en materia relacional. He escogido el papel de enfermero para el alumno porque además de que esa es la profesión que ha elegido, esta interpretación pone de manifiesto sus actitudes.

De este modo hemos escogido un caso en el que yo hago de paciente y el alumno es el enfermero/a que me atiende. En esa secuencia se crea una situación de necesidad de ayuda al paciente, donde el diálogo del ayudante y el ayudado se transcribe para ser posteriormente analizado.

A través del role-playing, el alumno comienza a captar cómo se desenvuelve, detectando si se siente capacitado para poder manejar la situación de conflicto que vive el paciente o si, por el contrario, se siente incómodo y con dificultad ante dicha relación. Esta técnica es muy importante puesto que nos permite conocer el estilo relacional del alumno, el grado de comprensión empática y las actitudes que tiene durante la realización de este ejercicio de aprendizaje.

3º-Valorar cómo se siente el alumno después de este ejercicio para detectar el grado de competencia relacional que él percibe que posee y recoger sus sentimientos al respecto, escuchándole y dejando que exprese, acogiéndolo en sus expresiones y ante sus carencias o virtudes le confronto con el siguiente objetivo preguntándole si se encuentra entonces preparado, cuestión que nos encamina al siguiente objetivo.

Además de conocer como se siente el alumno en materia relacional también es nuestro objetivo saber si el alumno considera necesaria la formación en cuidado relacional, en su preparación universitaria.

Las entrevistas nos van a ofrecer una descripción subjetiva y narrativa de las necesidades de apoyo percibidas por los alumnos de enfermería que realizan sus prácticas clínicas en el hospital Reina Sofía de Murcia.

El lenguaje que emplea el alumno es muy significativo en este estudio y una variable importante a tener en cuenta ya que, según Ibáñez (Ibáñez, 1997), el lenguaje (que es a su vez instrumento y objeto de investigación) permite interpretar el mundo cognitivo en su dimensión estructural del componente simbólico. Los elementos del lenguaje nos permiten acercarnos a los mapas perceptuales e ideológicos que los sujetos construyen sobre su entorno y el conjunto de la sociedad.

La entrevista supone la técnica de investigación de mayor relevancia en nuestro trabajo, puesto que de ella vamos a sacar la mayor parte de los datos que van a ser analizados en la primera fase y en algunas parcelas de la segunda fase.

6.5.5.- El Grupo de Discusión.

En este sentido consideramos que es muy importante establecer un grupo de discusión y reunir al final de las prácticas clínicas al grupo de alumnos que han intervenido en este estudio. Nuestro objetivo es recoger en grupo las vivencias y experiencias más significativas de los alumnos en un grupo que tiene características similares.

El día que los alumnos se marchan del hospital, además de entregar los documentos que se les exigen como obligatorios para la evaluación de la asignatura

práctica, resulta muy favorable tanto para su aprendizaje como para el estudio que llevamos a cabo, realizar un grupo de discusión y de este modo despedirnos con algo tan entrañable como unas últimas palabras con respecto a la materia que nos ha unido en el transcurso de sus prácticas. Por ello, son citados personalmente uno a uno y se les indica que se va a realizar un grupo de discusión; de los 12 alumnos convocados quedaron 10, dos de ellos se marcharon por problemas de tiempo y agenda.

La reunión tuvo lugar en una sala de docencia, en el hospital, donde nos dispusimos en círculo. En ella, comenté que para concluir sus prácticas sería interesante que contaran algún suceso que hubiera sido significativo para ellos en la relación que habían establecido con algún paciente y que consideraran que les había aportado algún aprendizaje. Para que pudieran expresar lo que sentían al respecto, pretendía, por un lado, que se sintieran libres y, por otro, destacar en sus prácticas lo que estuviera en consonancia con las relaciones interpersonales.

Los alumnos tenían las vivencias correspondientes a sus prácticas muy recientes y eso favoreció que relataran sus experiencias como si las estuvieran viviendo de nuevo. Siempre he considerado que si la acogida es un momento muy importante, la despedida también lo es.

En el grupo se invita a los informantes a hablar y participar manifestando su punto de vista. Lo que conseguimos con las relaciones simétricas entre los participantes es que se expresen y respeten las opiniones de cada uno.

Por ello, a modo rotatorio, los alumnos comunicaron la/s experiencia/s que les había llamado más la atención en la relación con el paciente. Reflexionando en voz alta mientras exponían sucesos que corroboraban la importancia de las relaciones, no solo con el paciente, sino con el resto de personas como el equipo de profesionales, ya que se hizo extensivo al resto de personas con las que se había establecido contacto. Grabé prácticamente toda la secuencia, que supuso unos 55 minutos, pero desafortunadamente las dos últimas exposiciones por problemas técnicos no se pudieron recoger en video, por lo que cuento con ocho de ellas y de las dos últimas pude recoger lo que consideré más significativo en mi cuaderno. También respeté a aquellos alumnos que no querían expresar ningún comentario acerca de sus prácticas y de la relación con el paciente, simplemente dejaron constancia con su presencia y agradecimiento en líneas generales.

El grupo de discusión puso de manifiesto la importancia de la comunicación, del respeto y la acogida a las personas, en este caso hacia los estudiantes de enfermería. Mediante el grupo de discusión, también se ha puesto de relieve la influencia de las habilidades relacionales de los alumnos con los pacientes que han estado cuidando.

Como moderadora, he tenido la experiencia de conocer la complejidad de saber llevar a un grupo de discusión. En este sentido, quiero expresar que moderar a un grupo y más aún cuando lo que se expone es un tema tan delicado como los sentimientos que han tenido, es bastante complicado porque se crea un clima en el que fluyen las emociones y las mías propias.

6.6.-Fases del Estudio.

Este trabajo consta de dos fases. La primera **fase de trabajo con el alumno**, se denomina así porque en ella llevamos a cabo el estudio de campo, que hemos realizado en primera persona junto a los estudiantes de enfermería, en la que, además de clarificar los conceptos, analizamos el interés y el estado actual del alumno en competencia relacional, con el objetivo de que llegue al autoconocimiento. Posteriormente, hay una segunda fase a la que denominamos de **competencia relacional**, porque mostramos al alumno la competencia que muestra en la primera fase, activando en él la reflexión, el análisis y la autoevaluación que, junto a la formación, le van a conferir la competencia en las relaciones.

A continuación en la fig. 12, podemos ver los objetivos que nos llevan a desarrollar la primera fase.

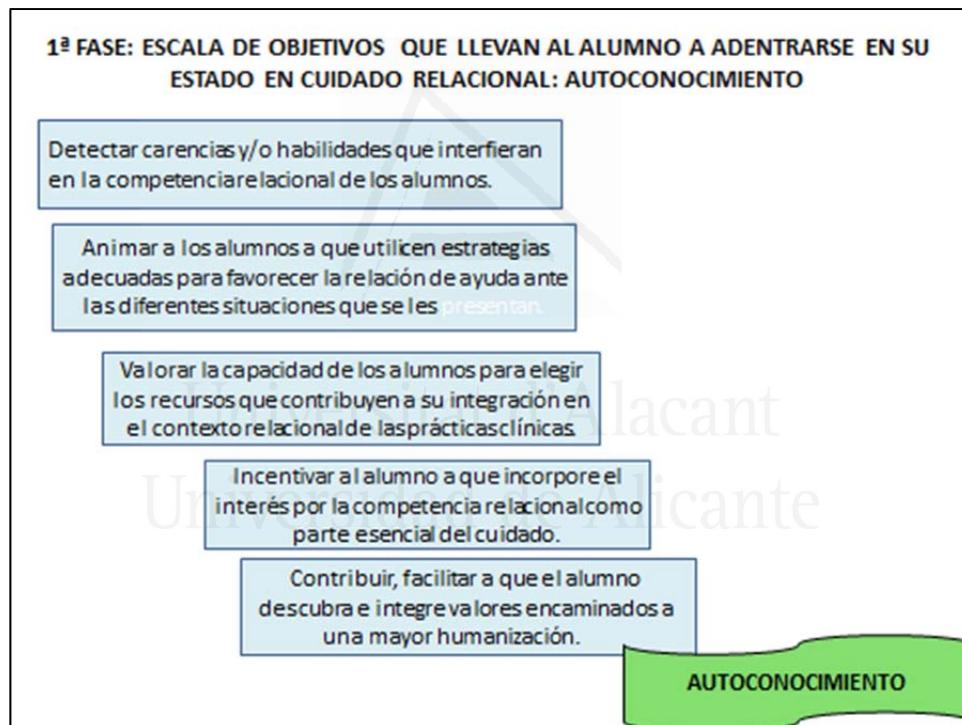


Fig. 12. Objetivos de la 1ª Fase. Elaboración propia.

Esta primera fase quedaría incompleta si no hay una continuidad en nuestra investigación, dando lugar a una segunda fase que, tras la observación y exposición del fenómeno estudiado, cubra la necesidad creada.

Por ello, en la segunda fase, a la que llamamos **fase de competencia relacional**, queremos establecer un proyecto formativo que desarrollamos parcialmente, en el que la base de la formación parte del trabajo con el alumno sobre el autoconocimiento que le

mueve hacia su aprendizaje, es decir al autoaprendizaje, desde la reflexión, el análisis y la autoevaluación en competencia relacional.

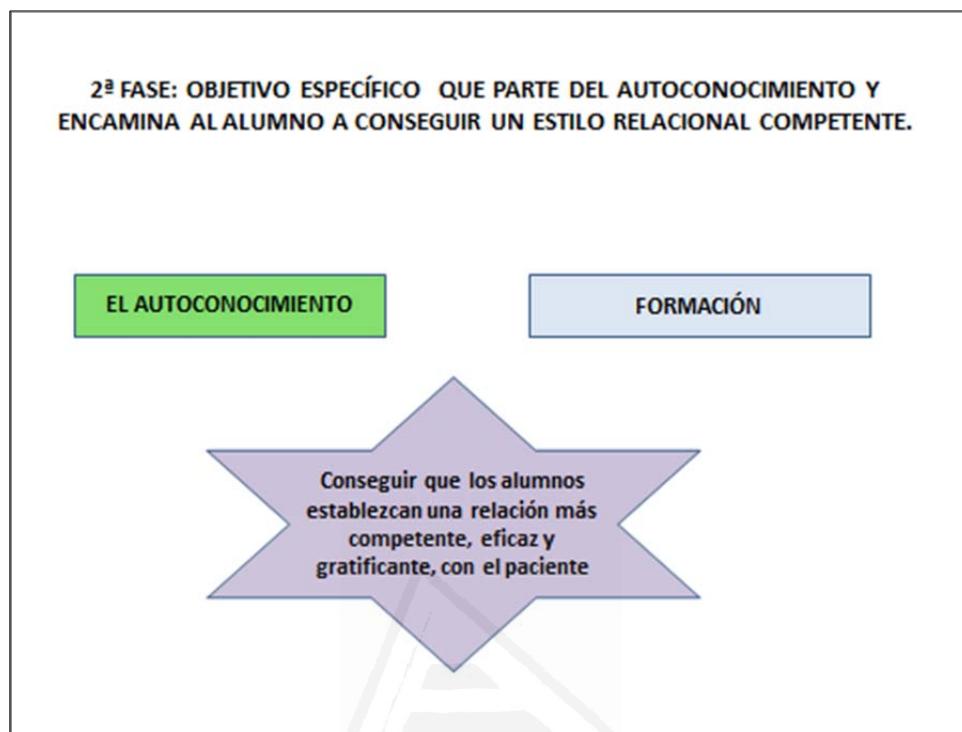


Fig. 13. 2^a Fase de competencia relacional. Elaboración propia.

Cada una de las fases comprende los objetivos específicos que nos encaminan al cumplimiento del objetivo general de la tesis. Los objetivos específicos en la primera fase están orientados a hacer llegar el fenómeno en su contexto natural y a presentar el estado actual del alumno de enfermería en materia relacional, en el hospital en el que desempeña sus prácticas clínicas. De esta forma, la primera fase enlaza con la segunda mediante el autoconocimiento, que le descubre al alumno ser consciente de la competencia relacional que posee y a partir de aquí se trata de cualificarle mediante la formación en habilidades relacionales.

6.6.1.- Fase 1^a de trabajo con el alumno.

A continuación, podemos ver en la fig. 14 los objetivos que trabajamos en la primera fase, así como las actividades, la fuente de datos de donde obtenemos la información y la metodología que hemos utilizado, para más adelante analizar esos datos que nos llevarán a las conclusiones de este trabajo de investigación. En esta fase pretendemos que los objetivos que planteamos en el estudio se lleven a cabo mediante las actividades que nos ayudan a planificar las intervenciones adecuadas a dicho fin.

ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
1ªEtapa Definición de conceptos		1.1-Definición y clarificación del concepto de competencia relacional.	La entrevista (1ª parte).	Pregunta-Respuesta Feedback.
	1.-Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.	1.2.-Demostración del estilo relacional del alumno en la relación con el paciente.	La entrevista (2ª Parte) Roleplaying. -Diario de Campo.	Estilo de Relación de Angelo Brusco.
		1.3.-Detección del grado de comprensión empática.		Niveles de Comprensión empática de Carkuff.
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación	2.-Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.	2.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si se siente competente después de la relación con el paciente.	La entrevista (1ª parte) Diario de campo.	Pregunta-Respuesta Feedback
	3.-Valorar la formación que capacita a los alumnos a elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.	3.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si considera la formación en materia relacional como base del currículum Universitario.	La entrevista (3ª parte).	Pregunta-Respuesta Feedback
	4.-Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.	4.1-Indagación sobre si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.	La entrevista (1ª, 2ª Y 3ª parte) Diario de campo.	Recopilación de datos de interés. Especialmente en las preguntas de los objetivos 1 y 2. Lectura de la transcripción y detección de cualquier referencia.
	5.-Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.	5.1- Presentación a los estudiantes de enfermería, de las emociones, sentimientos y pensamientos que le genera la relación con el paciente, para llegar al autoconocimiento.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Extraer y Transcribir las emociones , sentimientos y pensamientos de los alumnos que reflejan en las herramientas utilizadas.

Fig. 14. Objetivos y actividades de la 1ª Fase del trabajo. *Elaboración propia.*

Esta primera fase tiene como fuente de datos fundamental la entrevista y, dentro de ésta, el role-playing que se realiza al alumno. De esta fase vamos a extraer todos los datos que nos han ayudado a conseguir los objetivos específicos que en esta fase nos hemos planteado.

Desde el punto de vista etnográfico, en esta fase vamos a observar, a investigar y a aprender de los miembros de este grupo, es decir, a comprender cómo los alumnos establecen las relaciones interpersonales y cómo las expresan y definen a través de sus vivencias. El resultado será una descripción del alumno de sus prácticas en el contexto hospitalario, en las que el alumno percibe una mayor o menor habilidad en las relaciones con el paciente. A fin de detectarlo, nos servimos de los documentos que lo ponen de manifiesto, que son en primera instancia la entrevista y, como elementos de apoyo a la investigación, que enriquecen y clarifican las conclusiones del estudio tenemos el diario de campo y el grupo de discusión.

Como vemos en la fig. 15, la primera fase consta de dos etapas. En la primera etapa vamos a definir los conceptos y así clarificar con el alumno los términos que forman el significado de la competencia relacional. La segunda etapa consiste en la observación, la investigación y el análisis que vamos a realizar con los datos obtenidos del alumno, extraídos de las diferentes fuentes de investigación, incentivando la motivación.

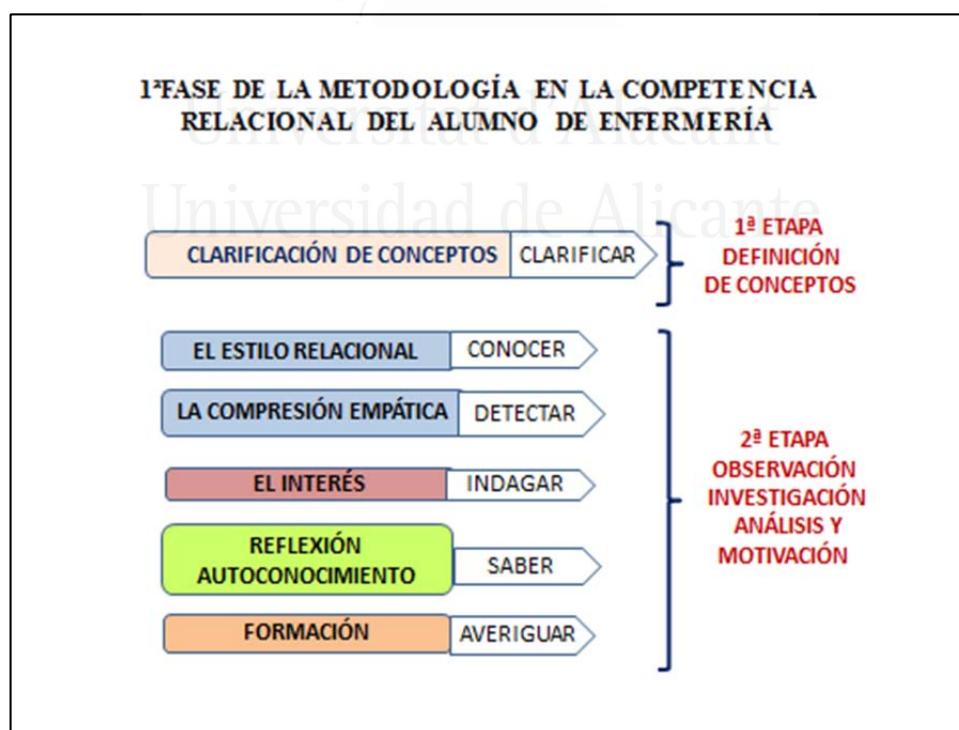


Fig. 15. 1ª Fase del estudio. Estado actual del alumno en competencia relacional. Elaboración propia.

A continuación presentamos cada uno de los objetivos con sus actividades, fuente de datos y metodología, que comprenden la primera fase del estudio, en las dos etapas del proceso.

1^a Etapa: Definición de conceptos.

Objetivo 1: Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

Actividad: Definición y clarificación del concepto de competencia relacional.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
1^aEtapa: Definición de conceptos	1.-Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.	1.1.-Definición y clarificación del concepto de competencia relacional	La entrevista (1 ^a parte).	Pregunta-Respuesta Feedback.

Fig. 16. Fase 1: 1^aEtapa, objetivo 1, actividad 1.1, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Podemos ver en la fig. 16 que esta primera etapa nuestra actividad consiste en *clarificar con el alumno la definición de la competencia relacional*. Con ello vamos a detectar si el alumno conoce el significado de este concepto y con qué otro/s término/os lo relaciona, para saber si realmente hablamos de lo mismo. Con este objetivo podemos asentar una base de comprensión que introduce al alumno en nuestra investigación y ayuda a crear un ambiente entre investigador y alumno, que consolida una relación abierta al diálogo y lejos de la interpretación errónea.

La clarificación de los conceptos se lleva a cabo cuando, en la entrevista que le realizo al alumno, le explico la investigación que estoy llevando a cabo y le pregunto qué significa para él la competencia relacional. La definición la exponemos los dos, de forma que tras su respuesta vamos confeccionando una definición que nos lleve a saber si hablamos de lo mismo. Mediante el feedback llegamos a una zona de entendimiento y comprensión de los términos.

En la definición que se va construyendo aparecen nuevos conceptos como la relación de ayuda, la empatía y la escucha, que son necesarios tras observar que en la mayoría de las entrevistas el alumno se queda callado y sin respuesta ante “competencia relacional”; sin embargo con el concepto “relación de ayuda” el alumno está más familiarizado.

Con la definición de los términos, observamos las posiciones de cada uno de los interlocutores. Mediante el feedback voy a clarificar y comprender qué es lo que el alumno ha entendido de lo que le he dicho, completando los conceptos con las ideas que se aportan en el diálogo y matizando aquellos significados que están en la línea de la investigación, encaminándonos a la construcción de un marco conceptual que sea válido para crear un nuevo paradigma del cuidado orientado a la relación con el paciente.

2ª.- Etapa de observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivos 1, 2, 3, 4 y 5 de la 2ª etapa, fase 1ª.

Actividades: 1.2, 1.3, 2.1, 3.1, 4.1 y 5.1.

En la fig. 17 observamos que la segunda etapa comprende cinco objetivos que se traducen en intervenciones dentro de la metodología y que desarrollamos a continuación:

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación	1.-Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.	1.2.-Demostración del estilo relacional del alumno en la relación con el paciente. 1.3.-Detección del grado de comprensión empática.	La entrevista (2ª Parte) Roleplaying. -Diario de Campo.	Estilo de Relación de Angelo Brusco. Niveles de Comprensión empática de Carkuff.
	2.-Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.	2.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si se siente competente después de la relación con el paciente.	La entrevista (1ª parte). Diario de campo.	Pregunta-Respuesta Feedback
	3.-Valorar la formación que capacita a los alumnos a elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.	3.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si considera la formación en materia relacional como base del currículum Universitario.	La entrevista (3ª parte).	Pregunta-Respuesta Feedback

	4.-Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.	4.1-Indagación sobre si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.	La entrevista (1 ^a , 2 ^a Y 3 ^a parte) Diario de campo.	Recopilación de datos de interés. Especialmente en las preguntas de los objetivos 1 y 2. Lectura de la transcripción y detección de cualquier referencia.
	5.-Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.	5.1- Presentación a los estudiantes de enfermería, de las emociones, sentimientos y pensamientos que le genera la relación con el paciente, para llegar al autoconocimiento.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Extraer y Transcribir las emociones , sentimientos y pensamientos de los alumnos que reflejan en las herramientas utilizadas.

Fig. 17. 2^a Etapa de Observación, Investigación, Análisis y Motivación.**Etapa 2^a: Observación, investigación, análisis y motivación.**

Objetivo 1.- Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

Actividad: Demostración del estilo relacional del alumno en la relación con el paciente.

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2 ^a Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	1.-Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.	1.2.-Demostración del estilo relacional del alumno en la relación con el paciente.	-La entrevista (2 ^a Parte) -Roleplaying. -Diario de Campo.	Estilos de Relación de Angelo Brusco

Fig. 18. Fase 1: 2^aEtapa, objetivo 1, actividad 1.2, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Para conocer el estilo relacional que emplea el alumno en la relación con el paciente, nos basamos en la relación de ayuda que establece Angelo Brusco citado por Bermejo (1998) en torno a dos elementos principales: la *disposición del ayudante* (alumno) y el *uso de poder por parte del mismo*.

El alumno tiene dos opciones para llevar a cabo el estilo relacional: una, en la que la relación de ayuda está centrada en el problema, y otra es aquella disposición centrada en la persona. En el primer caso, el alumno o ayudante se identifica con el problema, sin tener en cuenta cómo lo vive el paciente. En el segundo caso, el alumno presta atención sobre todo a la persona, al modo en que esta vive el problema, teniendo en cuenta sus sentimientos, valores...y convencido de que el paciente tiene necesidad, ante todo, de sentirse comprendido, tranquilizado y acogido totalmente. Por otra parte, el uso de poder por parte del alumno nos lleva a clasificar la relación como directiva o facilitadora. En el primer caso, el alumno ejerce un poder que está fuera de la persona ayudada induciéndola a pensar, sentir o actuar llevándola en una determinada dirección. En segundo lugar, el alumno interviene para que el paciente tome conciencia de los recursos que tiene para utilizarlos creativamente.

La actitud directiva y facilitadora se puede combinar con la centrada en la persona o en el problema, como vemos en el esquema basado en el tratamiento que Angelo Brusco expone en su libro *Relazione Pastorale di Aiuto*, citado por Bermejo (1998), en el que nos basamos para analizar después qué tipo de estilo en la relación de ayuda utiliza el alumno:

- El estilo autoritario se basa en la combinación de la relación centrada en el problema y un uso de poder directivo.
- El estilo participativo-empático se caracteriza por la actitud de centrarse en la persona con una relación facilitadora.
- El estilo paternalista consiste en un uso de poder directivo y centrado en la persona.
- El estilo democrático-cooperativo destaca por una relación facilitadora y centrada en el problema.

Por ello nos basamos en el esquema de la figura 20, que resume lo anteriormente escrito. De este modo los datos que nos ofrece el dialogo del alumno con el paciente, nos proporcionan el estilo de relación de ayuda utilizado, de la manera más objetiva.



Fig. 19. Basado en Estilos de Relación, según Brusco (Brusco, citado por Bermejo, 1999)

Las habilidades y estilos en líneas generales, que el alumno muestra se van a reflejar a través de dos de las herramientas que utilizamos:

- En el *role-playing*, donde analizamos la conversación que el alumno establece con el paciente, los datos que extraemos de este instrumento tienen gran peso en el análisis y conclusiones que obtenemos. Esta herramienta de enseñanza a través de la experiencia es la que utilizamos para hacer un diagnóstico de la competencia relacional del alumno en sus prácticas clínicas. Después de la entrevista aprovecho para motivarles a que entre ellos mismos realicen una grabación de un *role-playing*, para que así que puedan ver y escuchar cómo establecen la relación de ayuda.
- En el *diario de campo*, el cual utilizamos como apoyo, es decir, como un documento que nos ayuda a evidenciar y comprobar cuál es el estilo relacional que utiliza el alumno en los momentos puntuales que refleja cuando está con el paciente, y que previamente ya hemos analizado con el *role-playing*.

Para llevar a cabo el análisis utilizamos la tabla de la figura 20:

Nº INTERVENCIÓN	FRASE QUE UTILIZA	DISPOSICIÓN DEL AYUDANTE		USO DE PODER DEL AYUDANTE		ESTILO RELACIONAL
		Centrada en el problema	Centrada en la persona	Actitud Directiva	Actitud Facilitadora	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Fig. 20. Basada en los estilos de la relación según Brusco.

Etapa 2ª: Observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivo 1.- Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

Actividad: Detección del grado de comprensión empática.

ETAPA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	1.-Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.	1.3.-Detección del grado de comprensión empática	-La entrevista (2ª Parte) -Roleplaying.	Niveles de Comprensión empática de Carkuff.

Fig. 21. Fase 1: 2ªEtapa, objetivo 1, actividad 1.3, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Con esta intervención quiero detectar el grado de compresión empática porque considero la empatía como un pilar fundamental de la relación de ayuda, creo que es el primer paso que debe dar el alumno para después trabajar otras actitudes relacionales desde la formación y la cualificación.

Para descubrir la carencia o por el contrario la habilidad en materia relacional, primero hemos observado basándonos en el método etnográfico lo que está sucediendo en el lugar natural donde la acción sucede, que es el hospital, con los sujetos involucrados, que son los alumnos y durante un tiempo marcado en el estudio que hemos llevado a cabo. Teniendo en cuenta las connotaciones que encontramos en el lenguaje expresado que ponen de manifiesto las creencias, valores y situaciones de los alumnos de enfermería.

La comprensión empática que el alumno alcanza con respecto a la relación con el paciente ha sido analizada mediante las escalas de R. Carkuff (Carkuff, 1969). Consideramos que este método nos ayuda a clarificar y evaluar los resultados que hemos obtenido. Carkuff señala cinco niveles. Teniendo en cuenta que los niveles 1 y 2, no sólo no ayudan sino que perjudican la relación, y que el nivel 3 es neutro ni ayuda ni perjudica (Cibanal, 20014).

Nivel 1. Las respuestas verbales o conducta del alumno se alejan significativamente de la expresiones y acciones del paciente y comunican menos de lo por él expresado. El alumno que se mueve en este nivel de empatía o mejor dicho, la ausencia de ésta; tiende a hacer preguntas, dar consejos, ofrecer directrices de comportamiento o a tranquilizar a la persona que se muestra desbordada por sus problemas.

Nivel 2. Las respuestas del alumno, aunque responden en alguna manera a los sentimientos del paciente, substraen algo notable de lo expresado por él. Se centran más en el contenido de lo que la persona dice que en el sentimiento.

Nivel 3. Las respuestas del alumno son esencialmente intercambiables con las del paciente, en cuanto que ellas expresan esencialmente los mismos sentimientos y significados. De alguna manera, el alumno refleja los sentimientos expresados por la persona sin añadir nada nuevo a lo que éste ha expuesto.

Nivel 4. Las respuestas del alumno añaden notablemente un significado y sentimientos más profundos, de manera que ayuda al paciente a experimentar y/o expresar sentimientos que éste fue incapaz de compartir anteriormente. El alumno, como consejero, puede devolver necesidades, valores y deseos que están implícitos en su expresión de sentimientos y significados, y que manifiestan sus esperanzas para alcanzar una solución a sus problemas.

Nivel 5. Las respuestas del alumno añaden significativamente algo a los sentimientos y significados del paciente, de modo que expresen con exactitud sentimientos varios, niveles más profundos que los que el paciente fue capaz de

expresar. Puede añadir un paso de acción que el paciente puede realizar para alcanzar el objetivo. En el caso de una exploración personal profunda por parte de éste, el alumno muestra su presencia en los momentos más importantes del análisis.

Mediante *la entrevista* y concretamente en el ejercicio de role-playing, comprobamos el grado de comprensión empática que alcanza el alumno, es decir, en qué nivel según la escala de Carkuff se encuentra. El texto transcrita del role-playing que es fruto del dialogo que hemos mantenido e interpretado como enfermero-paciente, nos ofrece la posibilidad de revisar si en la relación se ha respondido al contenido, al sentimiento y/o a la necesidad del paciente.

En el *diario de campo* también analizamos aquellas secuencias de los diálogos expresados por el alumno que han quedado reflejados en dicho documento, en los que podemos extraer información de la comprensión empática del alumno hacia el paciente.

Etapa 2ª: Observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivo 2.- Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.

Actividad: Análisis de la respuesta del alumno sobre si se siente competente después de la relación con el paciente.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	2.-Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.	2.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si se siente competente después de la relación con el paciente.	La Entrevista (1ª parte) Diario de campo.	Pregunta-Respuesta Feedback

Fig. 22. Fase 1:2ª Etapa, objetivo 2, actividad 2.1 , fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Conocer qué es lo que percibe el alumno en la relación establecida con el paciente mediante role-playing, este nos encamina a la reflexión y nos acerca a las emociones y sentimientos que experimenta el alumno.

Este objetivo lo llevamos a cabo mediante la *pregunta abierta* que realizamos en la entrevista, después de haber finalizado el role-playing: “¿Cómo te sientes?”, con respecto a la situación que ha vivido en su actuación como “enfermero/a”. Con esta

pregunta pretendemos que el alumno se sitúe en una posición de búsqueda en sí mismo, abriendose a sus sentimientos, desde dentro hacia fuera, de forma que se conozca a sí mismo, favoreciendo ello a que encuentre las dificultades y habilidades que surgen de la relación. Esta pregunta da lugar a la expresión del alumno, no solo con el lenguaje verbal, sino en gran medida con un lenguaje no verbal y con unas expresiones que denotan un estado de mayor o menor tensión.

Vamos a obtener como respuesta, muestras de satisfacción o bien impotencia, incertidumbre y otros sentimientos que el alumno puede expresar. En dichos sentimientos van a influir una serie de factores esenciales en su persona: la educación recibida desde su infancia, la autoestima, las experiencias más o menos traumáticas en relación al caso que está viviendo el paciente, sus miedos y los valores y las actitudes que tiene. De ahí la importancia de trabajar todos esos puntos, tan interesantes para su autoconocimiento.

Otros factores que influyen para que el alumno se sienta competente en las relaciones, son la formación y, de la mano de ésta, la experiencia que adquiere con la práctica que realizamos, que englobaría la compresión empática y el manejo de las técnicas de comunicación encaminadas a fortalecer el cuidado relacional.

Etapa 2ª: Observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivo 3.- Valorar la formación que capacita a los alumnos a elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.

Actividad: Análisis de la respuesta del alumno sobre si considera la formación en materia relacional como base del currículum Universitario.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	3.-Valorar la formación que capacita a los alumnos a elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.	3.1.-Análisis de la respuesta del alumno sobre si considera la formación en materia relacional como base del currículum Universitario.	La Entrevista (3ª parte).	Pregunta-Respuesta Feedback

Fig. 23. Fase 1: 2ªEtapa, objetivo 3, actividad 3.1, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Después del objetivo anterior, en el que el alumno expresa lo que siente al llevar a cabo el role-playing, le preguntamos si considera que está formado en esta materia con los estudios actuales de grado de enfermería. Es un momento en el que el alumno está emocionalmente “tocado” por los sentimientos, fruto de las emociones derivadas del ejercicio role-playing y lo expresa no solo con el pensamiento, sino también con el sentimiento. Ante la pregunta “¿cómo te sientes?”, hay una mirada al interior que procesa la experiencia en su campo más emotivo y ello le lleva a reflexionar sobre su propia competencia. Al preguntarle después sobre si considera necesaria la formación en esta materia, el alumno se cuestiona sobre si la enseñanza que recibe le aporta la capacidad necesaria para desempeñar el rol de un ayudador que favorece la relación con el paciente.

A partir de esta experiencia de role-playing en la entrevista, el alumno se va a plantear dos opciones: trabajar la competencia relacional, para sentirse competente y satisfecho en las relaciones que establece con el paciente, o dejar a un lado esta parte de su formación. De alguna manera estamos “persuadiendo” al alumno positivamente para guiarle y formarle en esta materia. Por ello, podemos decir que, como tutores, acompañamos al alumno durante la entrevista para que tenga la posibilidad de encontrar en todo este trabajo un camino a seguir, de forma que sea un alumno o profesional implicado y abierto a recibir la información sobre el manejo de la relación alumno-paciente.

Etapa 2ª: Observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivo 4.- Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.

Actividad 4.1: Indagación sobre si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	4.-Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.	4.1.-Indagación sobre si el alumno muestra interés por la competencia relacional considerándola como parte esencial del cuidado.	La Entrevista (1ª, 2ª Y 3ª parte) Diario de campo.	Recopilación de datos de interés. Especialmente en las preguntas de los objetivos 1 y 2. Lectura de la transcripción y detección de cualquier referencia.

Fig. 24. Fase 1: 2ªEtapa, objetivo 4, actividad 4.1, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

El interés aparece en el alumno cuando le da valor o utilidad a algo, en este caso a la competencia relacional. Para darle valor, el alumno debe sentir en su interior un sentimiento, movido por sus emociones.

Preguntar al alumno directamente si tiene interés por esta materia nos hubiera dado una información poco veraz, ya que podemos interpretar que nos dice aquello que queremos oír. Por ello, en este objetivo mi papel como investigadora es averiguar qué información me aporta el alumno que ponga de manifiesto el interés que éste tiene en competencia relacional, de forma que la considere como parte esencial del cuidado.

Podemos observar en la fig. 25 que para detectar ese interés recopilamos información entre los objetivos anteriores, aquellos que nos pueden dar las pistas para detectarlo. Hay cuatro cuestiones clave que vamos a tratar a continuación y que nos van a orientar sobre el interés del alumno en cuidado relacional. Queremos averiguar si los alumnos se sienten motivados por trabajar y aprender todo lo relativo al cuidado relacional.

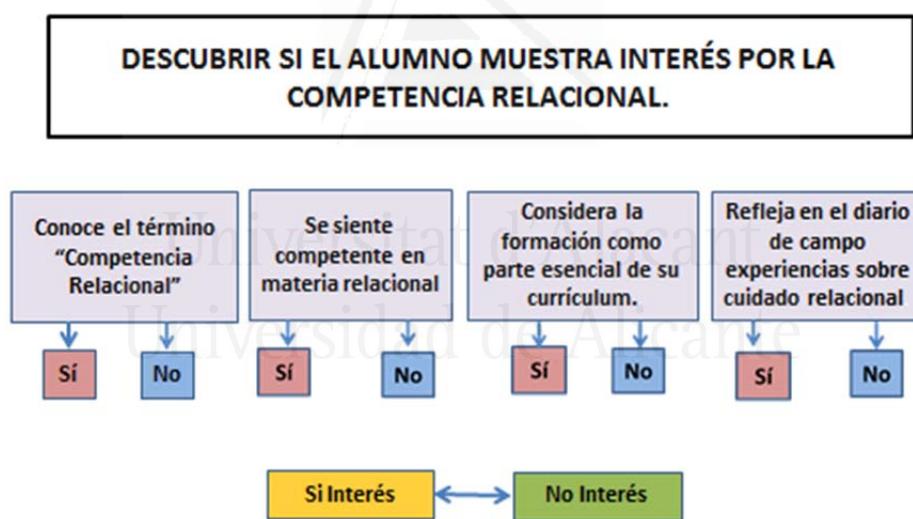


Fig. 25. Interés mostrado por el alumno. Elaboración propia.

Como podemos ver en la figura 25, las preguntas que nos han ayudado a detectar si el interés por la competencia relacional estaba latente en los alumnos, son:

Conocimiento del alumno sobre el término Competencia Relacional.

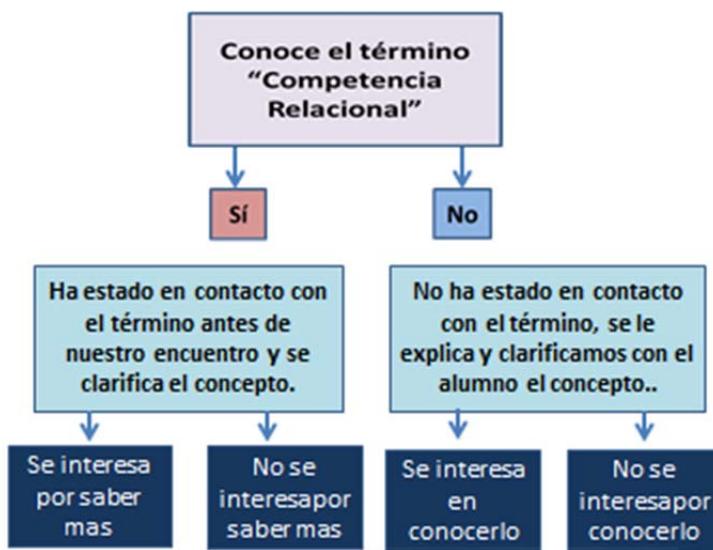


Fig. 26. Conocimiento de la Competencia Relacional. Elaboración propia.

1.- En primer lugar queremos saber en qué grado el alumno está familiarizado con los términos relacionados con la competencia relacional. Para tener interés, antes debemos tener conocimiento sobre aquello que puede o no despertar dicho interés.

Mediante la pregunta al alumno sobre si conoce el término de competencia relacional, sabemos si ha estado en contacto con esta expresión sobre el cuidado relacional. Además, detectamos con ello si ha trabajado sobre este tema, en algún momento de los estudios de Grado de Enfermería, porque conoce el término o bien cree que conoce el término, cuando lo que aporta es una definición incompleta o a veces errónea.

2.-En segundo lugar, cuando el alumno responde a cómo se siente en la relación que establece en el role-playing, el alumno muestra sus sentimientos a los que, como se muestra en el diagrama de la fig. 27, hay que añadir otros factores que influyen en el alumno, como la educación, valores y actitudes, la autoestima, sus miedos...etc. Todo ello forma parte de la respuesta del alumno, en la que podemos detectar en qué grado se siente competente o incompetente, satisfecho o insatisfecho y confrontado con lo que está viviendo. Este sentimiento inmediato a la realización del role-playing da al alumno una información sobre su propia competencia a la que denominamos competencia sentida y percibida, fomentando el autoconocimiento.

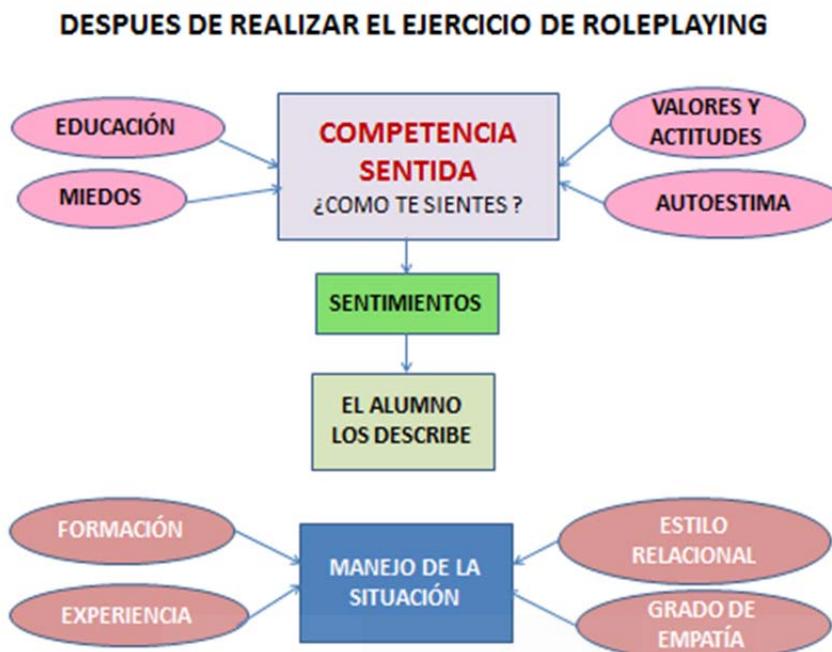


Fig. 27. Percepción del alumno tras el roleplaying. Elaboración propia.

Si el alumno se muestra motivado a cambiar su incompetencia por la competencia es porque se ha movido algo en su interior y esto genera en él la necesidad de “ponerse las pilas”, produciendo, en este caso, el movimiento de sus inquietudes que se traducirá en nuevas actitudes.

Factores como la formación, la experiencia, un estilo relacional adecuado a la situación y el grado de empatía influirán decisivamente en la actitud del alumno, dando lugar a un mejor manejo de la situación, dentro de las relaciones interpersonales.

Si observamos el diagrama de flujo de la figura 28, vemos que el alumno, en base al ejercicio del role-playing, se va a encontrar más o menos competente en la relación con el paciente. Si el alumno se siente competente y el profesor considera que lo es, entonces estará bien, pero puede que se considere competente y el profesor no lo considere así, por lo tanto es una competencia basada en la ignorancia, a la que denominamos competencia aparente, en la que será difícil que se despierte el interés, porque el alumno no reconoce esa carencia. Para ello, el profesor se lo debe hacer ver, mostrándole el estilo relacional que el alumno utiliza en el role-playing así como su grado de empatía y explicándole cuál es la verdadera competencia en la relación.

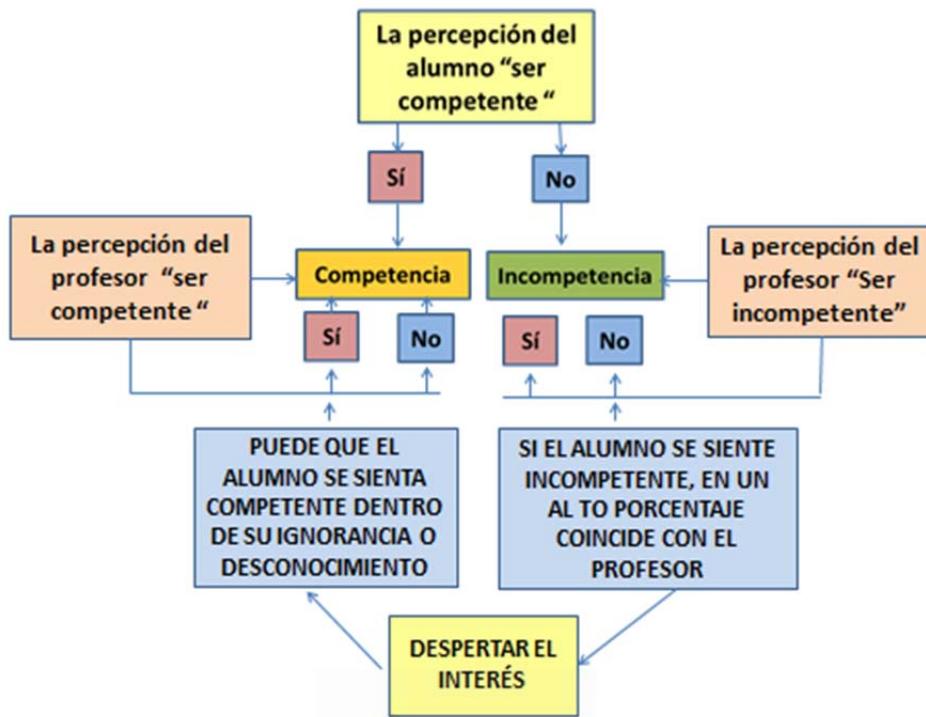


Fig. 28. Diagrama de flujo de la percepción del alumno. Elaboración propia.

Generado todo ello por el role-playing en la relación vivida con el paciente, obtenemos una percepción del alumno con respecto a su competencia, de forma que puede que el alumno se vea incompetente y el profesor también considere esa incompetencia. Sería más difícil, por no decir imposible, que se diera lo contrario, es decir, que el alumno vea su incompetencia y el profesor lo vea competente. Si ambos profesor y alumno consideran esa incompetencia, es el momento para que se despierte el interés por seguir trabajando en esta línea, desde la motivación al alumno y la enseñanza en cuidado relacional.

Para ver si el alumno, en su competencia relacional sentida y percibida, mueve el interés, debemos mostrar primero la competencia sentida en primera instancia, es decir, en el instante inmediato en el que acaba de realizar el role-playing. En segundo lugar, la competencia percibida es la que se produce cuando hay un mayor distanciamiento en cuanto al tiempo y a la situación, ya que el alumno permanece alejado de la vivencia del role-playing y describe esa situación más con el pensamiento que con la emoción. En tercer y último lugar, la competencia reflejada por el alumno es la que hemos analizado y se traduce en el estilo relacional empleado y grado de empatía que mantiene en la relación.

Para detectar la información reflejada por el alumno en cuanto a su percepción sobre la competencia que tiene después de la entrevista y el role-playing, señalamos a continuación las vías por las que nos puede llegar dicha información son:

a) El alumno lo comunica personalmente, bien por medio de la entrevista al preguntarle cómo se siente, quedando transrito, o bien tras la realización de la misma en otro tiempo diferente, de modo que yo lo reflejo en mi cuaderno de campo.

b) El alumno lo expresa por medio de herramientas como el diario de campo. Esta información la localizamos revisando lo que ha escrito en los días posteriores a la entrevista y role-playing, de forma que nos muestra si el alumno hace referencia a cómo se sintió después de realizar el ejercicio de role-playing y la entrevista. No todos los alumnos reflejan esta información, por lo que es la que marca el mayor o menor interés en el alumno, ya se vea a sí mismo competente o incompetente, pese a serlo o no.

c) El alumno lo expresa en el grupo de discusión, quedando transrito en los documentos.

En la figura 29 podemos ver qué competencia se va a analizar y qué herramienta utilizamos para detectar el interés en cada una de las secuencias por las que pasa el alumno dependiendo de su interés y la visión del tutor tras analizar el estilo relacional y el grado de empatía utilizado en el role-playing.

Debemos señalar que no todos los alumnos muestran la competencia relacional percibida porque no todos los alumnos escriben en su diario de campo lo que percibieron en el role-playing que realizaron.

COMPETENCIA RELACIONAL SENTIDA-PERCIBIDA	COMPETENCIA RELACIONAL CONCEBIDA.	COMPETENCIA RELACIONAL REFLEJADA.
Roleplaying (Análisis y Reflexión Alumno)	Diario de Campo Grupo de discusión (Análisis y Reflexión Alumno)	Roleplaying (Análisis por el Tutor que le muestra al alumno, para que éste analice y reflexione.)
SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS	RESULTADO

Fig. 29. Fases de la sensación de competencia en el alumno. Elaboración propia.

En la medida en que el alumno proporciona información relacionada con sus sentimientos en relación al role-playing por cualquiera de las vías mencionadas

anteriormente, denotara el mayor o menor interés que éste tiene en ser competente en las relaciones.

El alumno, ante una situación de incompetencia, puede que permanezca pasivo pero puede que, al contrario, se active en él la mejora en competencia relacional. En cualquier caso, nuestra función es estar ahí para detectar si se siente competente o no, porque contrastaremos su opinión con la que refleja en el ejercicio de role-playing.

En base a la competencia sentida, a la percibida y a la manifestada por el alumno, se produce una visión global de sí mismo en la que se mueve el interés y la motivación que llegaran a convertirse en competencia si el alumno decide que así sea.

3.- En tercer lugar, le preguntamos al alumno si considera que está formado desde la base de su carrera profesional y si considera que debería impartirse la competencia relacional como asignatura en la Universidad.

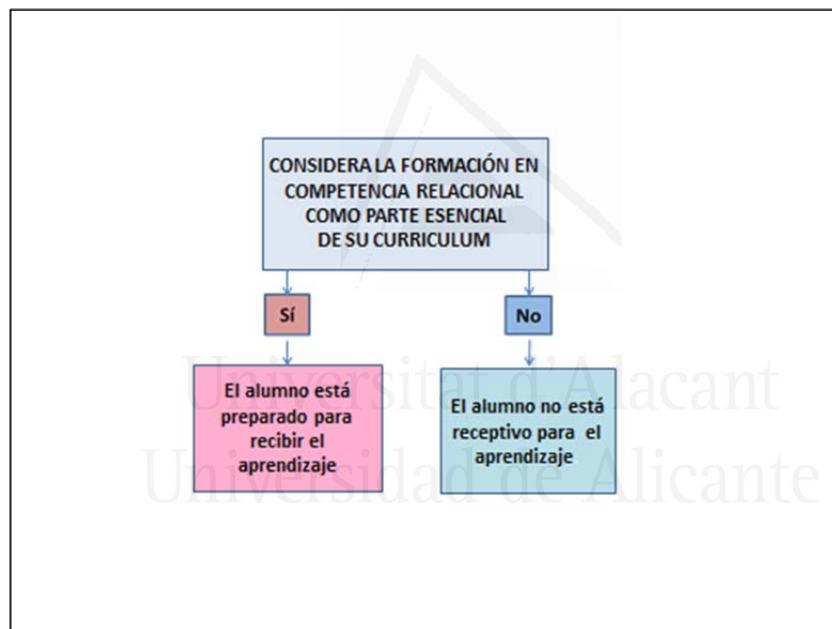


Fig. 30. La Necesidad de formación. Elaboración propia.

Ambas preguntas son cerradas, pero dejamos que el alumno exprese el porqué de sus respuestas. La respuesta que da el alumno en relación a la formación tiene gran peso porque va a influir de forma significativa en el grado de interés. Si el alumno piensa que la formación en materia relacional no es una pieza fundamental en su currículum, nos lleva a pensar que en este momento no siente la necesidad de formarse. Consecuentemente, esa semilla de la que hemos hablado en otros apartados permanecerá dormida y no dará fruto en primera instancia.

Cuando el alumno tenga otra experiencia a lo largo de su vida y/o profesión que le vuelva a recordar su incompetencia, puede que sienta esa necesidad y sea entonces cuando esté abierto para recibir los conocimientos y la experiencia necesaria.

Por tanto, la respuesta puede ser positiva y entonces será símbolo de que considera la formación como una necesidad en sus estudios de grado. O puede ser una respuesta negativa y con esta opción será más difícil que el alumno esté receptivo a mostrar el interés y la motivación deseados.

4.-En cuarto y último lugar figuraría el diario de campo, en el que hemos podido constatar que, mediante esta herramienta, el alumno ha mostrado sus experiencias, mediante expresiones que hacen referencia a la importancia de la competencia relacional o bien cuando refleja dosis e intentos de trabajar la relación de ayuda, siendo todo ello muestras de interés.

El alumno expone en el diario las situaciones que vive y lo expresa en forma de diálogos y conversaciones de las relaciones que establece con el paciente. Tras la lectura del diario, señalo aquellas expresiones que hacen referencia a dicha relación, en las que se vea reflejado algún signo de interés por parte del alumno.

El esquema que presentamos en el apartado del diario de campo nos permite valorar en qué grado el alumno lleva a cabo la recogida, transcripción y análisis de las relaciones que mantiene con el paciente; si hace una descripción sencilla, o si, por el contrario, lo que lleva a cabo es una reflexión y análisis de lo vivido.

En esta 1^a fase y mediante los objetivos específicos, todo lo que el alumno perciba e integre en la relación que ha establecido con el paciente es fundamental.

A partir de esta fase, dejo a un lado la investigación basada en mayor proporción en la observación y análisis del fenómeno y le muestro al alumno el resultado de su competencia relacional.

De esta forma, el alumno va a tener un conocimiento de sí mismo y de la relación que establece con el paciente. Por ello, para conocer cuál es el estado del alumno en materia relacional nos basamos en qué estilo de relación lleva a cabo, qué grado de empatía consigue y en cómo se siente con respecto a todo lo que estamos trabajando.

Etapa 2^a: Observación, investigación, análisis y motivación.

Objetivo 5.- Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

Actividad 5.1: Presentación a los estudiantes de enfermería, las emociones, sentimientos y pensamientos que le genera la relación con el paciente, para llegar al autoconocimiento.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2 ^a Etapa Observación Investigación Análisis y Motivación.	5.-Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.	5.1-Presentación a los estudiantes de enfermería, de las emociones, sentimientos y pensamientos que le genera la relación con el paciente, para llegar al autoconocimiento.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Extraer y Transcribir las emociones , sentimientos y pensamientos de los alumnos que reflejan en las herramientas utilizadas.

Fig. 31. Fase 1: 2^aEtapa, objetivo 5, actividad 5.1, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

El objetivo 5, que observamos en la fig. 31, es trabajado en ambas fases pero desde distinta perspectiva, ya que tiene connotaciones diferentes. Por un lado, termina la 1^a fase con un objetivo, que se basa en el resultado del manejo del alumno en la relación, en el que se recogen las expresiones y sentimientos que le llevan a la reflexión de sus actitudes. Por otro lado, comienza la 2^a fase con el objetivo de mostrar al alumno el autoconocimiento encaminado a la formación, reflexión, análisis y autoaprendizaje.

Por tanto, el autoconocimiento es el nexo que une la consecución de los objetivos de la fase 1^a, con el objetivo de la fase 2^a. El alumno termina una fase conociendo su estilo relacional y el grado de empatía que tiene con respecto a la relación con el paciente y comienza la otra fase donde la figura del docente es necesaria para mostrarle la necesidad de ese autoconocimiento en competencia relacional. Pretendemos que el alumno trabaje su competencia desde la reflexión, desde las acciones que ha reflejado a lo largo de este estudio, es decir, de sus actitudes y valores.

6.6.2.-2^a Fase de competencia relacional.

Como podemos observar en la fig. 32, esta fase tiene como objetivo principal llegar a la competencia relacional a través del autoconocimiento del alumno de sí mismo, con respecto a la relación que mantiene con el paciente y con respecto a su

formación en materia relacional. En esta fase, en nuestro papel como docentes, le mostramos al alumno el estilo relacional y el grado de compresión empática que refleja en dicha relación.

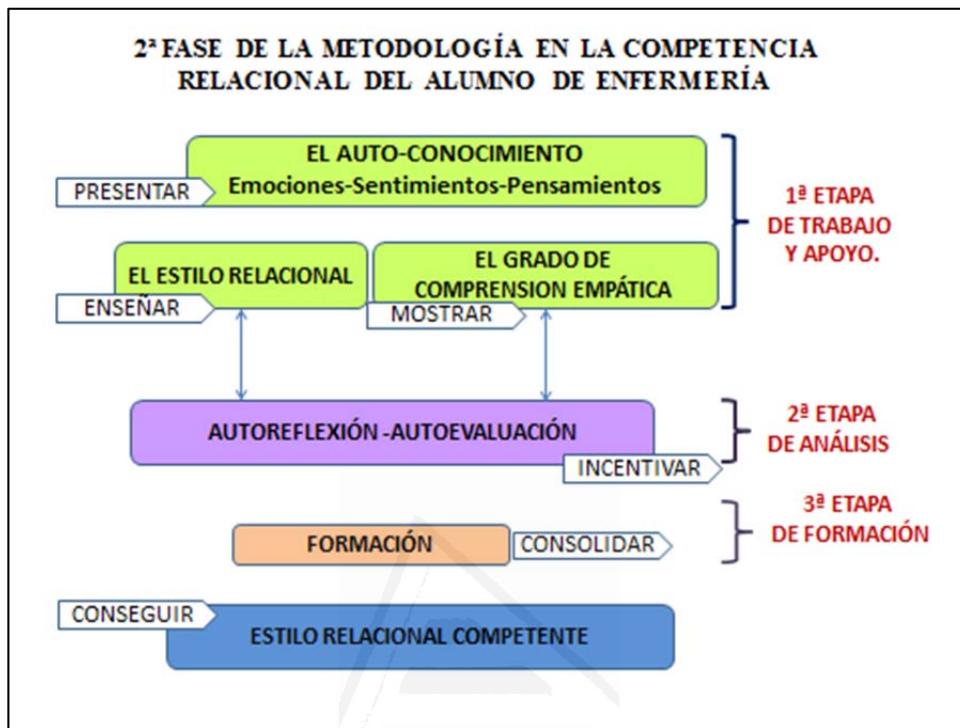


Fig. 32. 2ª Fase de competencia relacional. Elaboración propia.

Mediante las actividades que llevamos a cabo, queremos fortalecer, dentro del trabajo teórico-práctico del alumno, el autoconocimiento, que favorece a encontrar la posición acertada para el manejo de las competencias relacionales entre la teoría y la práctica, de forma que el alumno reconozca desde la teoría cuáles son las habilidades que posee y desde la práctica cuáles son las actitudes que utiliza, favoreciendo a su reflexión, y por tanto a su competencia.

De este modo el autoconocimiento permite que el alumno se abra camino a la reflexión, al análisis y a la autoevaluación de sí mismo y, así, que tome de conciencia sobre la competencia relacional que posee, de forma que le lleve a cuestionarse y motivarse la importancia de ser un profesional cualificado y competente en las relaciones interpersonales.

Si observamos de nuevo la figura 32, vemos que la segunda fase de este estudio de investigación comprende cuatro etapas: etapa de trabajo y apoyo, etapa de análisis, etapa de formación y etapa de competencia relacional.

Cada una de las etapas es abanderada por un objetivo que vamos a llevar a cabo a través de las actividades que se reflejan en la fig. 33, en la que además observamos la etapa en la que nos encontramos, los objetivos, la fuente de datos de la que se extrae la información del estudio y la metodología que debemos emplear para cada objetivo.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
1ª Etapa de Trabajo y apoyo	6.-Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.	6.1- Manifestación del estilo relacional y grado de comprensión empática que posee el alumno, para llegar al autoconocimiento.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Mediante la formación y la motivación.
2ª Etapa de Análisis		6.2- Reflexión y análisis de la experiencia vivida en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico del cuidado relacional, en su autoevaluación.		
3ª Etapa de Formación		6.3.- Incorporación y/o afianzamiento de la formación en competencia relacional.		

Fig. 33. Objetivos y actividades de la 2ª fase. Elaboración propia.

A continuación vamos a describir cada etapa en esta segunda fase de trabajo con el alumno.

Etapa 1ª: Etapa de Trabajo y apoyo.

Objetivo 6: Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

Actividad 6.1: Manifestación del estilo relacional y grado de comprensión empática que posee el alumno, para llegar al autoconocimiento.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
1ª.Etapa de Trabajo y apoyo	6.-Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.	6.1.-Manifestación al alumno del estilo relacional y grado de comprensión empática que posee, para llegar al autoconocimiento.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Mediante la formación y la motivación.

Fig. 34. Fase 2: 1ªEtapa, objetivo 6, actividad 6.1, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Con esta actividad queremos mostrar a los estudiantes de enfermería el estilo relacional y el grado de comprensión empática que poseen. Este objetivo se corresponde con la primera etapa, que está encaminada a que el alumno se prepare desde dentro, es decir, desde sí mismo, de forma que le permita tanto conocerse a sí mismo como conocerse en la relación con los demás y, a su vez, le confiera el autoconocimiento de su competencia relacional personal y profesional.

Para formar a un profesional competente en las relaciones interpersonales, el alumno debe ser antes competente consigo mismo. Como decía Karl Junge, “Mirar hacia fuera es soñar, mirar hacia dentro es conocer”. De este modo nos acercamos al mundo interior del alumno y se lo hacemos ver, para que se conozca en sus expresiones e identifique los significados de los conceptos en materia relacional.

Nuestro trabajo consiste en extraer, mediante el análisis que vamos a realizar, esos sentimientos y pensamientos que el alumno expresa y que refleja en las herramientas que utilizamos, como el role-playing, el diario de campo y el grupo de discusión. Dentro del conocimiento del alumno, nuestro propósito es que éste sea consciente del estilo de relación que emplea y del grado de empatía al que llega en el trato con el paciente.

En este objetivo no vamos a trabajar con el alumno su autoconocimiento, sino que le vamos a mostrar los sentimientos y pensamientos como elementos que le

conducen a él, como paso previo a la enseñanza y formación, que son otro objetivo dentro de esta fase de estudio que planteamos, pero no vamos a abordar.

Etapa 2ª: Etapa de Trabajo y apoyo.

Objetivo 6: Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

Actividad 6.2: Reflexión y análisis de la experiencia vivida en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico del cuidado relacional, en su autoevaluación.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
2ª Etapa de Análisis	6.-Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.	6.2.- Reflexión y análisis de la experiencia vivida en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico del cuidado relacional, en su autoevaluación.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Mediante la formación y la motivación.

Fig. 35. Fase 2: 2ª Etapa, objetivo 6, actividad 6.2, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

Con la segunda intervención del sexto objetivo pretendemos que el alumno reflexione y analice la experiencia vivida en primera instancia en el role-playing que hemos realizado y, en líneas generales, en cada encuentro con el paciente, como fundamento metodológico de la relación de ayuda en su autoevaluación. Este objetivo también se queda abierto a la formación como proyecto a realizar.

La segunda etapa de esta fase es de análisis, en la que después de mostrarle al alumno su estilo de relación y profundización empática en la relación con el paciente, pretendemos que reflexione con respecto a ello para trabajar el análisis de los diálogos de dicha relación. De este modo, los alumnos pueden valorar las actitudes que emplean en la práctica y las que, desde la teoría, se establecen como idóneas, de forma que les ayude a reflexionar sobre la práctica basada en el conocimiento. Así el alumno trabaja la reflexión sobre lo que está haciendo en materia relacional.

Esta actividad la vamos a llevar a cabo a través del análisis de las transcripciones de los diálogos que el alumno realiza en la relación con el paciente, para que permita el tipo de práctica reflexiva que nos ayude a conseguir alcanzar el objetivo que nos planteamos en este apartado. Así, el alumno se autoevalúa en cada encuentro con el paciente.

De este modo, se incentiva a los alumnos a que escriban las conversaciones que realicen con los pacientes. Es conveniente que lo hagan inmediatamente después de llevar a cabo la conversación, porque de este modo la memoria reciente les ayudará a utilizar el mismo lenguaje y las impresiones percibidas en ese momento.

En nuestra investigación, conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante con el paciente supone incentivar en ellos la reflexión, análisis y autoevaluación. Queremos remarcar que, pese a no trabajar con los alumnos los tres elementos citados anteriormente porque este trabajo formaría parte del proyecto formativo a realizar, nos parece interesante explicar a continuación brevemente cómo lo llevaríamos a cabo.

Para trabajar con los alumnos sobre la reflexión de sus experiencias, la opción que planteamos de trabajo es extraer las conversaciones que aparecen en las situaciones reales vividas con el paciente y en las situaciones ficticias (Role-playing), que crea el propio alumno, que están basadas o no en hechos reales:

1.- En las situaciones reales, el alumno debe tener en cuenta cuál es su disposición en los primeros contactos de la relación con el paciente, es decir, debe observarse a sí mismo y al paciente desde su postura física a su postura hacia la relación, las barreras o aperturas físicas y emocionales le van a situar en el punto de partida, conduciéndole a sentir la experiencia que está viviendo y sintiendo. A partir de ahí, la observación de sí mismo y del paciente puede crear una disociación que es consciente y que le ayuda a ver la secuencia desde otro plano, como una película en la que él mismo forma parte de ella. Esta visión debe ser momentánea y a la vez no perderla de vista para poder fusionarse en la experiencia y así poder trasladarla al papel.

Se les explica a los alumnos que cuando se relacionen con los pacientes en situaciones reales y concretas, las retengan al máximo en su mente, intentando reproducir el lenguaje utilizado y las expresiones o formas que han empleado en ese momento y acto seguido que lo escriban en su cuaderno o diario de campo para posteriormente analizarlo.

2.- Creando situaciones ficticias, basadas o no en hechos reales que los alumnos han vivido, utilizando la técnica del role-playing entre ellos mismos, de forma que el resto de alumnos puede aportar sus apreciaciones sobre ese role-playing y así todos aprenden. Tiene una finalidad didáctica, mediante el uso de medios audiovisuales a fin de que se pueda grabar, para posteriormente ser visualizada y analizada por secuencias tanto por el profesor como por el alumno. Este ejercicio ya se ha realizado en algunas universidades como la de Alicante.

La importancia de que los diálogos se transcriban es esencial para analizar y reflexionar, sin olvidar que necesitamos un documento de recogida de la información y conocimientos que está adquiriendo el alumno, esto es, el diario de campo. Consecuentemente, de aquí deriva que necesitemos el quinto objetivo que presentamos a continuación. El alumno, cuando escribe y reflexiona sobre la relación que ha

mantenido con la persona a la que atiende, empieza a colocar las piezas en el lugar correspondiente y todo empieza a tomar forma.

El alumno reflexiona en base a la motivación y el interés. Por tanto, va a depender de cada uno el grado de reflexión sobre su competencia en las relaciones. Para reconducir al alumno en la reflexión y autoevaluación vamos a proporcionar la información que poseemos de cada uno de ellos y de forma individual, que hemos adquirido en la 1^a fase, para que el alumno se pueda evaluar a sí mismo en el estilo relacional que emplea según Brusco y en el grado de empatía al que llega en la relación según Carkhuff. Por otro lado, los docentes debemos acompañar al alumno en el proceso de autoevaluación para dar otra visión o perspectiva del proceso de evaluación.

Etapa 3^a: Etapa de Trabajo y apoyo.

Objetivo 6: Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

Actividad 6.3: Incorporación y/o afianzamiento de la formación en competencia relacional.

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	FUENTE DE DATOS	METODOLOGÍA
3 ^a Etapa de Formación	6.-Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.	6.3.- Incorporación y/o afianzamiento de la formación en competencia relacional.	Entrevista Roleplaying Diario de Campo. Grupo de Discusión.	Mediante la formación y la motivación.

Fig. 36. Fase 2: 3^a Etapa, objetivo 6, actividad 6.3, fuente de datos y metodología. Elaboración propia.

La tercera actividad y última que nos planteamos es la incorporación y/o afianzamiento de la formación en competencia relacional.

La formación como proyecto es uno de los objetivos que, pese a no haber abordado de forma directa en nuestro trabajo, consideramos que es fundamental e indirectamente se establece de forma continuada en el alumno durante todo el trabajo de investigación. Al interaccionar con él en la entrevista, en el role-playing y en el resto de herramientas de la investigación que nos permiten la comunicación y a su vez la formación. Estas herramientas, en concreto la entrevista, nos han permitido saber si el alumno piensa que está capacitado o no en materia relacional, conocer qué formación

tiene a día de hoy en materia relacional y si considera que para alcanzar la competencia relacional es necesario estar formado en dicha materia.

En este sentido, queda pendiente este trabajo, la formación como proyecto a realizar, ya que somos conscientes de la necesidad de la capacitación del alumno de enfermería en esta materia, por lo que diseñamos los pasos a seguir y dejamos abierto dicho proyecto a nuevas líneas de investigación y consolidación en las distintas facultades de enfermería.

Todas las intervenciones que planteamos van encaminadas a que se cumpla el propósito y meta de ésta tesis, “Conseguir que los alumnos establezcan un estilo relacional más competente con el paciente, en el que encuentren un mayor grado de satisfacción personal”.

La competencia relacional es nuestro objetivo final. Esta fase se concluye con la consecución de todos los objetivos planteados y sus intervenciones, de forma que nuestro propósito es conseguir que los alumnos establezcan un estilo relacional más competente con el paciente, en el que encuentren un mayor grado de satisfacción personal y consigan un manejo adecuado dentro del estilo empático. Para ello, además de poner a disposición del alumno bibliografía que le ayude y refuerce su competencia relacional, nos hemos basado en el proceso de enseñanza y aprendizaje que he mantenido durante todo el estudio como parte de la relación que se establece entre docente-discente.

Este objetivo es a largo plazo, ya que se consigue cuando se llevan a cabo las directrices marcadas en la primera y segunda fase, mediante el trabajo continuado con el alumno. La puesta en marcha de este objetivo supone la confección de una línea de mejora que incluye la formación como pilar básico. El alumno estará cada vez más satisfecho y sentirá que adquiere un mayor grado de competencia cuando consiga conocerse a sí mismo, cuando utilice las técnicas de comunicación y las actitudes marcadas como adecuadas para una relación competente. Los registros donde el alumno recoge su trabajo en materia relacional son documentos que pueden utilizarse como instrumentos de evaluación y más concretamente de autoevaluación.

Por ello, concluimos este apartado de la metodología afirmando que todos los objetivos que nos hemos planteado son las facultades para llegar al objetivo final “La Competencia Relacional”; todos los objetivos se canalizan en esta dirección para poder llegar a la meta que nos hemos marcado.

6.7.-Aspectos negativos de la investigación.

Es importante señalar que si esta investigación no se divulga dándose a conocer y, en consecuencia, no se toman decisiones con respecto la necesidad de que el profesional de enfermería sea competente en las relaciones con el paciente, no se van a producir cambios en la perspectiva y mentalidad de trabajo en el Hospital, ni en servicios de atención a pacientes. Por otro lado, si en la Universidad no se da este

fenómeno de cambio en la enseñanza por parte de los docentes y en el aprendizaje por parte de los dicentes, será difícil que este estudio llegue a cumplir los objetivos que plantea. El cambio puede producirse desde adentro hacia afuera, en cada uno de nosotros, pero necesitamos del apoyo institucional para que ese cambio sea también de fuera a hacia dentro y así ver resultados de una nueva conciencia.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

7.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

7.1.- CATEGORÍA 1^a: VALOR Y SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS.

7.1.1.- LA IMPORTANCIA Y LA IGNORANCIA DEL FEEDBACK.

7.1.2.-CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO COMPETENCIA RELACIONAL.

7.1.3.-CONOCIMIENTO DEL TÉRMINO DE RELACIÓN DE AYUDA.

7.1.4.-CONOCIMIENTO DE TÉRMINOS QUE NOS ACERCAN A LA RELACIÓN DE AYUDA.

7.2.-CATEGORÍA 2^a: EL ESTILO DE RELACIÓN QUE EMPLEA EL ALUMNO EN EL EJERCICIO DE ROLEPLAYING.

7.2.1.-LA DISPOSICIÓN DEL ALUMNO.

7.2.2.-EL USO DE PODER DEL ALUMNO COMO AYUDANTE.

7.2.3 -ESTILOS DE RELACIÓN QUE UTILIZA EL ALUMNO.

7.3.- CATEGORÍA 3^a: LA EMPATÍA TERAPÉUTICA.

7.3.1.-LA RESPUESTA EMPÁTICA.

7.3.2.- GRADO DE COMPRENSIÓN EMPÁTICA QUE PRESENTA EL ALUMNO.

7.4.- CATEGORÍA 4^a: EL INTERÉS QUE MUESTRA EL ALUMNO EN MATERIA RELACIONAL.

7.4.1.-EL INTERÉS POR CONOCER EL TÉRMINO COMPETENCIA RELACIONAL.

7.4.2.-APRECIACIÓN DEL ALUMNO SOBRE SU COMPETENCIA RELACIONAL.

 7.4.2.1.-COMPETENCIA RELACIONAL PERCIBIDA Y SENTIDA.

 7.4.2.2.-COMPETENCIA RELACIONAL CONCEBIDA.

 7.4.2.3.- LA COMPETENCIA RELACIONAL REFLEJADA.

7.4.3.- EL ALUMNO Y LA NECESIDAD DE FORMACIÓN EN COMPETENCIA RELACIONAL.

7.4.4.-REFERENCIAS EN EL DIARIO DE CAMPO.

7.5.- CATEGORÍA 5^a: EL AUTOCONOCIMIENTO.

7.5.1.-LA RELACIÓN CONSIGO MISMO.

7.5.2.-LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.

7.6.- CATEGORÍA 6^a: LA FORMACIÓN.

7.6.1.-EL ALUMNO DETECTA SI ESTÁ FORMADO O NO EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.

7.6.2.-LA COMPETENCIA RELACIONAL COMO PARTE DEL CURRÍCULUM UNIVERSITARIO.

7.6.3.-EL TUTOR Y LA FORMACIÓN.

7.6.4.-EL TIEMPO Y LA FORMACIÓN.

7.6.5.-HERRAMIENTAS PARA LA FORMACIÓN.



7.-ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS.

A continuación podemos observar en la figura 31, las categorías que forman parte de los temas que hemos trabajado en el estudio de investigación, y la herramienta de investigación que tiene mayor peso en cada categoría.

CATEGORÍAS	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN
VALOR Y SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS	ENTREVISTA
EL ESTILO DE RELACIÓN QUE EMPLEA EL ALUMNO	ROLEPLAYING
LA EMPATÍA TERAPÉUTICA	ROLEPLAYING
EL INTERÉS QUE MUESTRA EL ALUMNO	ENTREVISTA Y DIARIO DE CAMPO
EL AUTOCONOCIMIENTO	DIARIO DE CAMPO
LA FORMACIÓN EN COMPETENCIA RELACIONAL	ENTREVISTA Y DIARIO DE CAMPO.

Figura 31. Las categorías y herramientas utilizadas. Elaboración propia.

En la fig. 32 apreciamos la presencia de cada herramienta de investigación utilizada, entrevista, Roleplaying, diario de campo, cuaderno de campo y grupo de discusión en cada categoría trabajada, nos da una idea la utilidad de cada instrumento, para cada tema analizado.

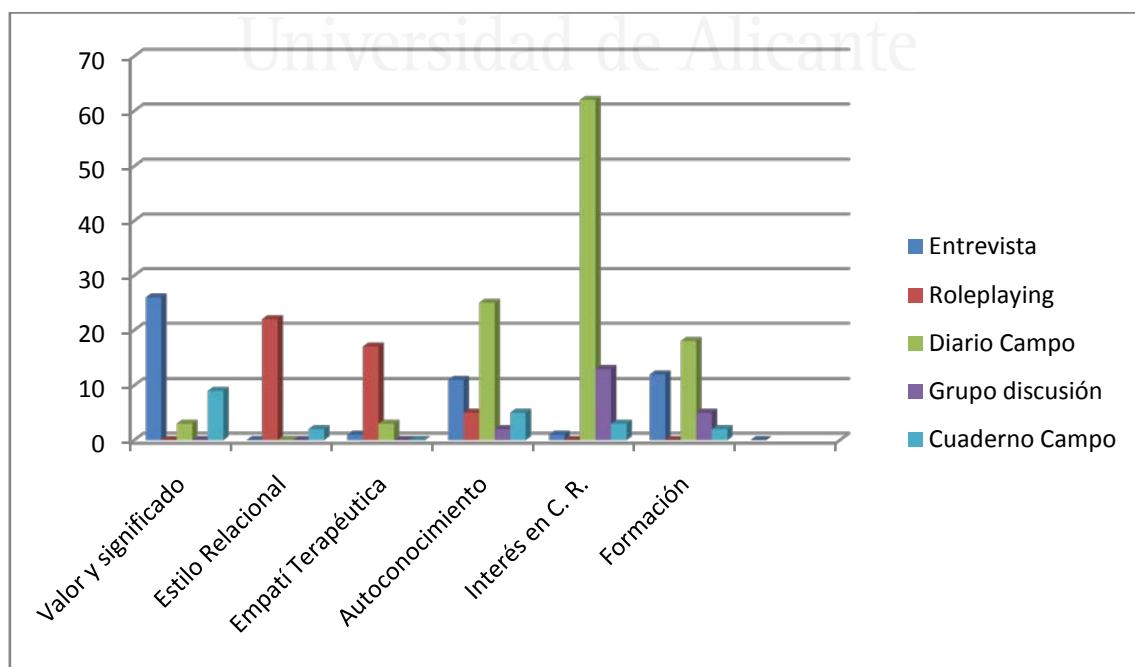


Figura 32. La frecuencia que cada herramienta ha sido utilizada en cada categoría. Elaboración propia.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS					
VALOR Y SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS Clarificar	LA IMPORTANCIA DEL FEEDBACK	CONOCIMIENTO DE LA COMPETENCIA RELACIONAL	CONOCIMIENTO DE RELACIÓN DE AYUDA	CONOCIMIENTO DE TERMINOS RELACIONADOS CON LA RELACIÓN DE AYUDA		
EL ESTILO DE RELACIÓN QUE EMPLEA EL ALUMNO	DISPOSICIÓN DEL ALUMNO	SE CENTRA EN LA PERSONA	USO DE PODER DEL ALUMNO	ACTITUD DIRECTIVA DEL ALUMNO		
		SE CENTRA EN EL PROBLEMA		ACTITUD FACILITADORA DEL ALUMNO		
	ESTILOS DE RELACIÓN		ESTILO AUTORITARIO			
			ESTILO PATERNALISTA			
			ESTILO PARTICIPATIVO			
			ESTILO DEMOCRÁTICO			
LA EMPATÍA TERAPÉUTICA	NIVELES DE COMPRENSIÓN EMPÁTICA QUE PRESENTA EL ALUMNO					
	NIVEL 1: NO HAY EMPATÍA					
	NIVEL 2: HAY EMPATÍA DE BASE, RESPONDE A LOS SENTIMIENTOS, PERO SE CENTRA EN EL CONTENIDO, NO EN EL SENTIMENTO					
	NIVEL 3: HAY UNA EMPATÍA AVANZADA, RESPONDE A LOS SENTIMIENTOS PERO NO AÑADE NADA NUEVO					
	NIVEL 4: AYUDA A EXPRESAR LOS SENTIMIENTOS QUE LE PERMITAN ALCANZAR UNA SOLUCIÓN A SUS PROBLEMAS					
	NIVEL 5: LAS RESPUESTAS DEL ALUMNO AÑADEN ALGO A LOS SENTIMIENTOS Y SIGNIFICADOS DEL PACIENTE A NIVELES MÁS PROFUNDOS					
	LA RESPUESTA EMPÁTICA		RESPONDE AL CONTENIDO			
			RESPONDE A LOS SENTIMIENTOS			
			RESPONDE AL CONTENIDO Y A LOS SENTIMIENTOS			
EL INTERÉS QUE MUESTRA EL ALUMNO El pensamiento	CONOCE EL TÉRMINO DE COMPETENCIA RELACIONAL	SE SIENTE COMPETENTE EN MATERIA RELACIONAL	CONSIDERA QUE ESTÁ FORMADO EN COMPETENCIA RELACIONAL	REFLEJA EN EL DIARIO DE CAMPO EXPERIENCIAS SOBRE CUIDADO RELACIONAL		
EL AUTOCONOCIMIENTO El sentimiento	LA RELACIÓN CONSIGO MISMO		LAS RELACIONES INTERPERSONALES			
			La relación con el paciente			
			La relación con el tutor			
			La relación con el equipo.			
LA FORMACIÓN EN COMPETENCIA RELACIONAL La motivación.	El alumno detecta si está formado o no en la relación con el paciente	La competencia relacional como parte del currículum universitario.	El tutor y la formación	El tiempo y la formación		
			Las herramientas para la formación			

Fig. 33. Categorías y Subcategorías. Elaboración propia.

7.1.- CATEGORÍA 1^a: Valor y significado de los conceptos.

Con esta categoría pretendemos conocer el valor y el significado de los términos que empleamos durante la entrevista: el término de competencia relacional y aquellos que están relacionados con él, los cuales nos ayudan a definir dicho concepto, que es nuestro objeto de estudio. Es necesario que clarifiquemos con el alumno durante la entrevista el valor que él le da y el significado que tiene para él, ya que de este modo podemos partir de conceptos similares.

7.1.1.- La importancia e ignorancia del feedback.

El feedback nos ofrece la posibilidad de contrastar si el mensaje que recibimos y el que enviamos al alumno ha sido comprendido. Por tanto, nos va a ayudar a clarificar los conceptos para darles el valor y el significado que cada persona tiene de un mismo concepto y de este modo saber que estamos hablando de lo mismo.

Durante la entrevista el alumno dice no estar preparado para realizar feedback, por lo que yo utilizo esta técnica a fin de explicarle lo que es.

Entrevista: “yo creo que con el feedback todo va a quedar más claro aunque... yo no sé muy bien cómo practicarlo, creo que explicándole al paciente las cosas con otro diálogo más a su forma... o sea con expresiones sencillas o algo así, para mí clarificar es explicarle las cosas de una forma más clara y sencilla” (L1).

Diario de campo del alumno: “en la primera valoración iba un poco nerviosa, el paciente se dio cuenta (eso creo) pero poco a poco fui desenvolviéndome. Conocía la intervención a la que mañana se iba a enfrentar, y muy amable y profesional se la fui explicando de manera coloquial para que lo entendiera. El paciente quedó tranquilo al verme segura y yo me sentía muy bien. Lo bueno de haber estado previamente en quirófano fue eso, que yo conocía el proceso y era capaz de explicarlo. Eso sí, de lo que desconocía no hablaba, y se lo daba a conocer al paciente con una simple aclaración” (A) pág. 8.

Cuaderno de campo: “A veces no escuchamos, queremos imponer nuestras ideas, damos por hecho muchas cosas... y el feedback queda en un segundo lugar” (...) “Observo que el alumno escucha lo que le digo y asiente, pienso que lo tiene claro pero la única manera de saber si lo ha integrado es que me lo diga con sus palabras” (Pág. 4).

Si revisamos la literatura encontrada podemos señalar que si no llevamos a cabo el feedback damos paso a la interpretación. Cuando profesor o alumno interpretan los datos que nos llegan de forma más o menos subjetiva, dicha interpretación, según Rogers (Rogers, 1983), solo tiene valor en la medida en que es aceptada y asimilada por el cliente (alumno, paciente...etc.). La interpretación está sujeta a las percepciones personales, a los valores y al ámbito cultural de cada persona (Alférez, 2012).

El feedback es un pilar fundamental en la comunicación, como considera Cibanal (Cibanal, 2014). Este autor señala que solo sabremos si nos hemos sentido comprendidos

por nuestro interlocutor si éste, mediante un feedback o retroalimentación, nos dice lo que le hemos dicho.

En este sentido el alumno no hace uso del feedback porque no lo ha practicado. En la revisión bibliográfica que hemos realizado también encontramos que cuando el enfermero o alumno habla con el paciente puede llevar a cabo un feedback verbal, resumiendo lo que este le dice para demostrarle que le sigue y así dar pie a que añada lo que considere (Lavín, 2013).

7.1.2.-Conocimiento del término competencia relacional.

Conocer el concepto de competencia relacional es uno de nuestros objetivos, puesto que queremos ver la competencia del alumno, en las relaciones que lleva a cabo con el paciente. Cuando hablamos de competencia relacional hacemos referencia a las actitudes y habilidades que posee el alumno y que le capacitan para llevar a cabo una relación con el paciente, proporcionándole así la ayuda necesaria para mejorar su salud.

7.1.2.1.-No saber qué decir

Nos interesa saber lo que dice el alumno, pero también nos interesa saber lo que no dice, “no podemos no comunicarnos” señala el primer axioma de Watzlawick (Cibanal, 2014). Por lo tanto, este dato por lo tanto también nos proporciona información interesante para nuestro estudio de investigación.

El alumno no conoce el término competencia relacional o titubea con expresiones vagas sobre su definición en la entrevista:

“La verdad es que con ese nombre no he escuchado nada, no estoy seguro de lo que es” (J).

“No sabría que responder” (M1).

“Pues no sé ahora mismo a que se refiere” (S).

Cuaderno de campo: *“Cuando quedo con los alumnos para concertar el lugar, la hora y el contenido de la entrevista y les menciono el término competencia relacional, les pregunto si saben lo que significa y tres de ellos contestan que no, se quedan callados mirándome y esperando a que yo comente algo en relación a su significado”*

Esto me hace pensar que los alumnos no han tenido contacto con el término competencia relacional o el conocimiento del mismo ha sido puntual.

Cuaderno de campo: *“Debo mencionar que a una alumna le realicé la entrevista y por problemas técnicos no se grabó, por tanto la cité una semana después, y hoy le he realizado la entrevista, de forma que esto que pareció un contratiempo, ha supuesto para mí poder detectar que en este segundo encuentro conoce la definición de competencia relacional, cosa que no fue así en la primera entrevista, y con sus palabras ha expresado el concepto. Por otro lado, ante la definición de la relación de*

ayuda hoy ha incorporado la escucha. Todos estos datos me ayudan a corroborar la importancia de hablar y enseñar a los alumnos todos estos conocimientos que forman la base de una estructura sólida en el cuidado relacional” (pág.5).

Entrevista: “*Pues yo creo que ayudar es estar al lado, es saber estar con y por el paciente, hay varios tipos de ayuda que se puede dar en cada momento; una ayuda, que es la medicación llamémoslo así, física, ¿vale?, pero otra es el estar al lado de la cama del paciente, y esa es variable, llamémosle escucha o puede ser de conversación para que él exprese sus sentimientos, dudas, resolverle dudas*” (A1).

He de señalar que en la búsqueda bibliográfica del término competencia relacional existía un vacío documental como ya hice referencia en el estado de la cuestión, son muy escasas las publicaciones que hablan del término y que lo definan literalmente. Algunos autores como Cánovas (Cánovas, 2008) hacen mención sobre el término competencia relacional pero pocos son los que lo definen. Bermejo (Bermejo, 1999) considera que la competencia relacional viene dada especialmente por la adquisición de conocimientos, el entrenamiento en habilidades y la interiorización de actitudes, que nos permitirían manejarlos con soltura en las relaciones habituales en el ejercicio de la profesión de Enfermería.

7.1.2.2.-Necesidad de apoyo en otros conceptos para definir la competencia relacional.

El alumno necesita apoyarse de otros términos para llegar a definir la competencia relacional tales como la relación, la escucha, saber estar, empatía, relación de ayuda, etc. Por ello desviamos nuestra atención hacia el concepto de relación de ayuda y le pedimos que nos la defina, para después poder definirla en este estudio. Y así mediante feedback, vemos si partimos de un concepto lo más similar posible.

Entrevista: “*la competencia relacional es la competencia del alumno, en cómo se maneja en las relaciones que lleva a cabo con el paciente o con toda persona que aparece y con la que va a hablar y a comunicarse*” (A1).

El alumno tiene un concepto de la relación enfermera-paciente orientado a la valoración de enfermería. Sin embargo, esta relación es completamente independiente de la valoración realizada por el profesional de la enfermería. La relación se inicia desde el momento del encuentro con la otra persona y no se rige por la valoración del enfermero, que se basa únicamente en recoger datos sobre las necesidades o patrones del paciente.

Diario de campo: “*Terminé mis valoraciones de enfermería preguntando si había algo más que debía saber, sabía que había realizado dos completas valoraciones...a partir de ahora he iniciado la relación enfermera-paciente*” (A).

Cuaderno de campo: “*cuatro de los alumnos, intentaban definir (la relación de ayuda) pero se quedaban con la palabra relación; cinco de los alumnos restantes hacen alusión a que la competencia relacional, les suena a otra competencia más del plan de*

Bolonia, que tiene que ver con la relación. Por ello he preferido basarme en un término al que ellos mismos han hecho referencia y que nos puede enriquecer mucho más porque se apoyan en este para definir la competencia relacional, es la relación de ayuda. Teniendo esto en cuenta considero que al comienzo de la entrevista (con el fin de que comprendan los alumnos de qué hablamos) voy, en primer lugar, a definir el término de competencia relacional y después, según transcurra la conversación, escoger el término con el que más identifique el alumno la competencia relacional. El resultado ha sido que los alumnos la identifican más como relación de ayuda, de este modo les dejo que lo definan y después lo defino yo, para mediante feedback, entre su definición y la mía poder ir completando, enriqueciendo y resolviendo dudas”.

7.1.3.-Conocimiento del término relación de ayuda.

Nuestro objetivo es que el alumno alcance su competencia relacional desde la relación de ayuda, que se convierte en fundamental para llevar a cabo este proceso. La relación de ayuda implica diversos conceptos, como la empatía, la escucha activa, el feedback, la autenticidad o el respeto al paciente. Mediante estas habilidades, ayudamos al paciente a que encuentre en su situación de conflicto los recursos y las capacidades para obtener su crecimiento interior.

Los alumnos están familiarizados con el término relación de ayuda, lo han definido en la Universidad, y necesitan este término para poder llegar a definir competencia relacional. Es fundamental que podamos tener un concepto de referencia en el que basarnos para clarificar el concepto competencia relacional. De este modo, la definición que ellos den nos sirve de apoyo para contrastar, completar y enriquecer la nuestra, y así poder llegar a una visión común. Por tanto, nos vamos a centrar en la relación de ayuda.

Entrevista: “*no lo sé exactamente, pero es cómo afecta la comunicación entre el profesional y el paciente en su enfermedad o en su proceso de recuperación. Eso es lo que es para mí, lo que es la relación de ayuda. Igual estoy equivocado, puede ser*” (J2).

Entrevista: “*Para mí la relación de ayuda sería ayudar a esa persona en el proceso de hospitalización en la medida de lo posible a que ese paciente coja autonomía y curarlo desde el punto de vista físico, psicológico, social*” (M).

Entrevista: “*Pues la relación de ayuda sería como satisfacer al paciente en todo lo que necesite, tanto a nivel personal, a nivel de emoción, en todo lo que el necesite a nivel global, todo lo que necesite de los sentimientos, de cuidados, de técnicas que le tengamos que hacer... todo eso también creo que entra dentro de la relación de ayuda, estar a su disposición*” (L).

Diario de campo: “*En qué consiste la relación de ayuda me ha preguntado Toñi esta mañana, con mucho gusto le respondí que para mí era el estar ahí, practicar la escucha activa verdadera y la empatía*”(A) pág. 12.

Cuaderno de campo: “*Invito al alumno a que defina relación de ayuda en primer lugar y después la defino yo, porque así vemos el material con el que contamos y la calidad*

de este, es decir, si hace falta completar más o menos la definición, o si hay algún error o problema de entendimiento por ambas partes que podemos encauzar conjuntamente con el alumno para intentar aclararlo” (pág. 4).

Según la bibliografía consultada, se puede afirmar que la relación terapéutica es una relación profesional (Evans, 2007). Consecuentemente, tanto la parte personal como la ayuda que necesite el paciente debe ser cuidadosamente revisada, para que el profesional permanezca en un lugar adecuado. En pocas palabras, lo profesional no debe, en ningún caso, trascender a lo personal puesto que podría suponer un problema para el profesional (en nuestro caso, el alumno).

Desde mi punto de vista la relación de ayuda va más allá del proceso hospitalario. La literatura revisada refleja que la relación terapéutica está basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo (Marín, 2001).

La ayuda según la revisión bibliográfica está orientada a ofrecer recursos a una persona para que pueda superar una situación difícil o para afrontarla y vivirla lo más sanamente posible (Bermejo, 2010).

7.1.3.1.-Definición errónea e incompleta del término relación de ayuda.

Las definiciones que los alumnos aportan sobre de la relación de ayuda no son las adecuadas desde el punto de vista teórico-práctico, ya que hay errores en la concepción del término, como podemos observar a continuación:

Entrevista: “*Es cuando tienes una persona a tu cargo por así decirlo... bueno no tiene por qué pero...es que la persona se deja ayudar y que tú tienes que saber hacerlo, sabes cómo te quiero decir?. Eh....no sé, no sé explicártelo... ”* (S).

Entrevista: “*la escucha... o un simple ponerle la mano en el hombro*” (J1).

Cuaderno de campo: “*observo que pese a ser una expresión que ha sido tratada y explicada en su formación universitaria, les es complicado expresar la definición de forma correcta*”.

Los alumnos expresan lo que saben acerca de la relación de ayuda, pero la definición es incompleta, una definición completa sería la que nos aporta la literatura en la bibliografía Cibanal Juan (Cibanal, 2014) en su libro *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. La relación de ayuda es una ayuda a nivel de la comunicación, concreta y puntual, que favorece el crecimiento personal, es eficaz y que se da en momentos de crisis. La actitud del alumno en la relación de ayuda debe ser, según Rogers (Rogers, 1983), la apertura de espíritu, con una actitud negociadora, mediante el compromiso, la responsabilidad, la autenticidad y una actitud empática, sin olvidar la calidez humana, la actitud de concreción y, por último, la escucha activa.

7.1.3.2.- Los alumnos utilizan ejemplos para su definición.

El alumno no parte de una definición teórica del término relación de ayuda propiamente dicha, sino que se ayuda de ejemplos que pueden ilustrar más o menos lo que quiere explicar, de forma que el alumno se ayuda de otros términos que recogemos a continuación:

Entrevista: “*Pues para mí es tanto como nuestras actividades rutinarias, como poner una medicación y todo eso, hasta explicarle al paciente pues... cuál es su situación o los autocuidados. Si me lo preguntan o veo yo que no lo tienen del todo claro, explicarle, por ejemplo, la medicación que le estamos poniendo para qué es, o qué puede notar, muchas cosas que ellos se angustian y que no saben por qué puede ser, o por ejemplo las nebulizaciones que me he dado cuenta que es que lo llevan fatal, explicarles antes de ponerle: vas a sentir esto y esto, es normal....y si te encuentras muy mal pulsa el botón rojo (timbre de llamada)”*(C).

Entrevista: “*yo pienso que es servir a alguien, pero ya no de forma de yo te preparo la medicación, te tomo la tensión o te mido una glucemia, sino, dependiendo del paciente, habrá que tener también algún tipo de trato especial con ellos, dependiendo de cada persona*” (J).

Entrevista: “*yo creo cuando tú le dices a un paciente llámeme para lo que necesite, estoy a su disposición para lo que quiera, si se encuentra mal no dude en llamar y me comunica lo que le pasa, pero claro muchas veces...eso sería para mí la relación de ayuda pues intentar pues satisfacer al paciente en eso, en lo que él me pida...* (L)

Considero que es importante diferenciar entre la comunicación con el paciente y la relación de ayuda. Según Alférez (Alfárez, 2012) se trata de algo más que comunicar, en definitiva, consiste en saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación.

Desde mi punto de vista la relación de ayuda no es un término teórico en sí, sino que se debe interiorizar y llevar a la práctica. Por lo tanto, podemos decir que existe una necesidad de trabajarla de forma práctica y constante, integrando todos los procesos y habilidades que exige.

En el marco de la ciencia aplicada y según la bibliografía consultada, el progreso del saber implica ampliar conocimientos prácticos. La experiencia es un requisito previo de la pericia. Como afirma Watson, la enfermera va madurando en su relación con los pacientes a lo largo de su carrera profesional (citado por Gasull, 2005).

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que existe una conexión importante entre la relación de ayuda y las actitudes de fondo del profesional de enfermería (Bermejo, 1998). La relación de ayuda englobaría por una parte las habilidades personales y relaciones que el profesional despliega en situaciones difíciles (lo que denominamos “relación de ayuda” en sentido estricto); por otra parte, incluiría la interacción con el

paciente en los momentos más cotidianos mientras el profesional, sencillamente, presta los cuidados pertinentes.

7.1.4.-Conocimiento de términos que nos acercan a la relación de ayuda.

Para construir el concepto de competencia relacional, debemos sentar una base y poco a poco ir edificando sobre unos pilares fuertes y claros. Es importante para nosotros conocer los términos con los que los alumnos definen la relación de ayuda, pues este concepto nos ayudará a construir el que nos atañe, esto es, el concepto de competencia relacional.

El alumno emplea los términos de escucha activa y empatía para definir la relación de ayuda y, a través de esta, podemos llegar a la clarificación del término competencia relacional.

Entrevista: “*Por lo que yo he vivido, cuando yo emppecé las prácticas me daba hasta vergüenza entrar a la habitación, Tocarle en la puerta, o hablar con él, preguntarle cómo está, para mí eso ya era una barrera, para mí no es solo que te toquen al timbre, que tengas que ir a cambiarle el suero, o que te duele algo, no se... a mí me gusta cuando yo hablo con algún paciente que lo mire y sin que me diga nada... saber cómo está, cómo tener empatía con él, que salga más que contarte lo que le pasa lo que no le pasa, la familia ...más escucha activa, mas empatía ...más...que no se limite solo a administrar los medicamentos, a hacer los cuidados que te digan y listo*” (L1).

Entrevista: “*Relación de ayuda, imagino que es la relación con el paciente a nivel de ... de entenderlo, de ponerte en situación, de empatía, de... lo... ¿no?, a nivel el apoyo, apoyo psicológico que se le puede dar, el apretarle la mano en un momento determinado, o...acariciarle el brazo, (silencio), pues eso*”(M1).

Cuaderno de campo: “*Quiero señalar que gracias a términos como relación de ayuda, empatía, escucha, cuidado relacional, competencia, hemos construido junto al alumno el significado de competencia relacional*” (pág. 4).

El alumno hace referencia a “saber tener empatía”. En la bibliografía consultada hacemos mención a que el entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas, tales como autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, conciencia de las propias facultades y límites, son fundamentales para conseguir el bienestar del paciente (Hurtado, 2004).

Para incorporar la empatía en la relación con el paciente, además del apoyo que mencionan los alumnos, es necesario tener una actitud que, según Bermejo (Bermejo, 2012), es la que regula el grado de implicación emocional con la persona ayudada. La empatía es una capacidad que el alumno puede adquirir, mediante la cual el alumno va a ser sensible, comprendiendo y dándose cuenta de los sentimientos, pensamientos y experiencias del paciente. En definitiva, la empatía es la base de la relación de ayuda.

7.1.4.1.-La escucha activa.

El alumno habla de la escucha, pero en nuestro estudio debemos preguntarnos si sabemos realmente escuchar. Cuando le pregunto qué es para él la escucha, la considera muy importante, pero la definición se queda incompleta.

Entrevista: “*para mí la escucha es el 100 por 100*”... “*para mí la escucha es estar atento a lo que dice el paciente*” (M).

Entrevista: “*Sí, pues yo considero que la relación de ayuda debe empezar por la escucha activa, sinceramente*” (...), “*Y yo creo que una relación de ayuda se fundamenta en eso en saber escuchar, saber transmitir y en saber estar ahí cuando lo necesita*” (A).

El alumno considera que la escucha es importante en la relación con el paciente. La escucha implica, no solamente oír lo que el emisor dice, sino estar atento y prestar atención. En la bibliografía consultada, la escucha se considera un fenómeno complejo, compuesto de muchos elementos. Carkhuff (citado por Marroquín, 1992), distingue tres tipos de escucha que son, en primer lugar la atención física, en segundo lugar la observación y finalmente, la escucha propiamente dicha.

Cuando escuchamos activamente, lo hacemos con toda la densidad de nuestro comportamiento y comprometiendo todas las dimensiones corporales (Costa, 2003, citado por Bermejo, 2012).

En la búsqueda bibliográfica algunos autores consideran que la escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención a lo que se dice (el contenido) y al “cómo se dice”, fijándose en los elementos no verbales y paraverbales. Para ello, el receptor ha de mirar al emisor, dedicarle tiempo y hacerle ver que tiene en cuenta sus opiniones (Hsu, et al. 2008).

7.1.4.2.-La empatía.

Nos interesa saber qué es para el alumno la empatía, como una de las actitudes de la relación de ayuda, en la que el alumno se basa para definirla. Si el concepto que tiene sobre empatía es incompleto o erróneo, el alumno tendrá dificultades en llevar a la práctica esta habilidad. De los doce alumnos entrevistados, seis de ellos introducen el término empatía cuando hablan de la relación de ayuda y la definición es confusa e incompleta.

Entrevista: “*Porque mucha gente comete un error con decir la empatía*”... “*La empatía es saber estar en el lugar de esa persona pero no acarrearlo diciendo “a mí me pasó lo mismo cuando estuve...” que eso, eso no es terapéutico, eso no es bueno, porque hay muchos pacientes que no necesitan escuchar tus problemas, simplemente que los entiendas y muchas veces el silencio hace más que....el estar...*” (A).

Entrevista: “*Eso es lo difícil. Que el otro vea que tú le comprendes, porque claro tú le puedes decir...no si yo te entiendo, si sé que duele pero tienes que saber decirlo para*

que el vea que sí, porque muchos dirán tu no me entiendes... píñchate tú y verás si te duele". (S).

Entrevista: “*Es que no necesitas pincharte tú, pero sí hacerte una idea de su dolor. Si te pinchas tú los dos estáis doloridos y el enfermero con su dolor no puede atender al paciente. Nos vamos a acercar al paciente para saber cuáles son sus sentimientos de primera mano. Y para acompañarle en esos sentimientos, se trata de acompañarle... tu no le tienes que dar soluciones, es acompañarle, en... que vea en ti un apoyo y que al ver ese apoyo, de alguna forma... él vaya sacando... porque conforme vamos hablando, vamos sacando cosas, y se van detectando sus miedos, capacidades... entonces todo eso lo va sacando y de alguna manera se ve proyectado así, y de alguna manera más objetiva puede sacar sus propias reflexiones*” (P).

Pretendemos que el alumno tenga un concepto claro de empatía para que haga uso de esta en las relaciones interpersonales. No obstante, hemos de señalar que el profesional de enfermería tiene información del término empatía, pero no tiene claro cómo llevarla a cabo adecuadamente en el marco de la competencia relacional (Cánovas, 2008), ya que muchas veces se confunde con la simpatía.

La empatía es una actitud que se caracteriza por la capacidad de comprender los pensamientos, emociones, significados, necesidades, contradicciones, etc., del otro. Sin embargo, no basta con comprenderle si uno no es capaz de transmitírselo (Bermejo, 2012).

Por lo tanto, consideramos que para ser empáticos tenemos que modificar la membrana, o barrera, que todos llevamos incorporada con respecto a las relaciones interpersonales. Dicha membrana debe convertirse en una membrana permeable, para poder absorber aquello que nos enseña la empatía, es decir, que nos ayuda a ponernos en el lugar del otro.

7.1.4.2.1.-Ponerse en el lugar del otro.

Cuando se le explica al alumno cómo empatizar con el paciente, se detecta que existen diferencias en el concepto de “ponerse en el lugar del otro”. Por ello es vital enfatizar la importancia de clarificar con el alumno lo que significa para él y lo que está dentro de nuestro conocimiento, ya que podríamos considerar que el concepto que tienen los alumnos de esta frase es erróneo.

Entrevista: “*También hay situaciones en las que no te puedes poner en su lugar, que ponernos en su lugar es muy difícil, por ejemplo en situaciones de cáncer terminal puedes decirle ‘sí le comprendo y entiendo lo que está pasando...’ pero ponerte tanto en el lugar... pero no va a sufrir lo que sufre la persona, ni el dolor que siente, ni las pérdidas*” (L1).

Entrevista: “*sí, es que te tienes que poner en su lugar, pues cuando yo me pongo en su lugar yo no sé..., si me pasase lo que le pasa pienso, que no lo sé... porque no me ha pasado, que me volvería así. Claro, él te dice unas cosas y no le voy a obligar a hacer*

lo que no quiere hacer, a sentir lo que no va a sentir, pero bueno siempre intentas hablar, no sé... para darle confianza, seguridad..." (J1).

Entrevista: “*Es comprender, pero ponerse en lugar del otro creo que tampoco es, porque ponerse en el lugar del otro es imposible si no has pasado por lo que él está pasando, yo creo que es un poco difícil, creo que es intentar comprenderlo porque no puede ser la misma situación los mismos problemas y eso sería casi imposible*” (M).

Diario de campo: “*no sabes lo que siento A, no estás en mi situación, me dijo una paciente. Es difícil sentir lo que la paciente siente, pero sí nos podemos poner en su situación. El enfermero debe trasladarse al cuerpo del enfermo, así podrá responder a sus necesidades emocionales y ayudar en la medida de lo posible*” (...) “*He vivido la situación del paciente como si de mí se tratara*” (A).

Cuaderno de campo: “*En la entrevista observo que el alumno no entiende lo que es ponerse en el lugar del otro, consideran que es sufrir lo mismo que él, sentir lo mismo que él y pensar como él. Esto sería contraproducente para la relación, no solo no se ayuda sino que se va a quemar el propio ayudador y no va a ayudar al ayudado*”.

Consideramos que la mejor manera de ponerse en el lugar del otro es mediante la herramienta de aprendizaje de *role-playing*. No he encontrado estudios en la revisión bibliográfica en los que se trabaje con el alumno “cómo ponerse en el lugar del otro”; sin embargo, en la revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo, el *role-playing* se define como “un esfuerzo honesto de revivir vivencias ajenas, tratando de comprender por qué el otro obra de esa manera” (Cirigliano, 1969).

En la literatura revisada encontramos que para Rogers (Rogers, 2000) la empatía es la capacidad de percibir el mundo interior de la otra persona, integrado por significados personales y privados, como si fuera el propio, pero sin perder nunca ese “como si”; es decir, percibiendo como propias las sensaciones del otro pero sin dejar que se unan a las suyas propias.

7.1.4.2.2-La empatía es unidireccional.

Una de las características de la empatía es que es unidireccional, y pretendemos que el alumno sepa que él se tiene que poner en el puesto del paciente, pero no podemos exigirle al paciente que se ponga en nuestro lugar. De ahí la característica unidireccional, puesto que solo es válida en una dirección.

Entrevista: “*Sí, en la ayuda al paciente...también te puede servir como... de forma que ellos te ayuden a ti ¿no?* (J).

Entrevista: “*no tengo claro lo de que la empatía sea unidireccional*” (...) “*entonces para mí, la empatía es bidireccional, tú me dices a mi tus sentimientos para que yo pueda posteriormente ayudarte a ti, entonces ¿es como una acción-reacción no?*” (J).

Cuaderno de campo: “*En el alumno surge la duda sobre si la empatía era unidireccional o bidireccional, tuve que aclarar con él las diferencias entre ambos términos llevados a la práctica. El alumno considera que la empatía que se establece en la relación con el paciente es bidireccional*” (P).

Desde el punto de vista de la enfermería, se considera que la ayuda hacia el paciente es unidireccional. Es decir, el enfermero ayuda al paciente pero no a la inversa. No obstante, cada relación puede enriquecer tanto la experiencia como el conocimiento del profesional; podemos decir por ello que esta parte es bidireccional. Según autores como Bermejo (Bermejo, 2012) la empatía terapéutica tiene carácter unidireccional, siendo pues unívoca. El profesional no ha de vivir las mismas emociones que la persona a la que trata de ayudar o comprender, este sentimiento no se produce de forma recíproca. Sin embargo, sí que hay un sentido de ida y de vuelta en la empatía: una dirección de ida (entro en tu mundo) y de vuelta (te comunico comprensión).

La visión bidireccional se puede entender no tanto desde la empatía, sino desde la relación, es decir se puede entender desde los beneficios que podamos sacar ambas partes, tanto el paciente como el enfermero. Al enfermero puede ayudarle a nivel profesional por la experiencia y la reflexión que ello conlleva.

En este sentido McDonald (McDonald, 2003) afirma que una efectiva relación de ayuda es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco. Al establecer esta relación el profesional ayuda al paciente, pero el enfermero también recibe algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal, facilitando así su crecimiento (Carvalho, 2008).

7.2.-CATEGORÍA 2ª: El estilo de relación que emplea el alumno en el ejercicio de role-playing.

Queremos conocer el estilo relacional que muestra el alumno en la entrevista, en concreto cuando realizamos el role-playing, para detectar sus habilidades en dicha actitud. De este modo podremos observar si utiliza un estilo relacional más o menos competente, el cual nos permita establecer las líneas de actuación adecuadas.

Así vamos a analizar las intervenciones del alumno en el papel de enfermero según dos elementos principales: la disposición del alumno y el uso del poder por parte del mismo en la relación que establece con el paciente.

Apenas hemos encontrado bibliografía actualizada en la que se realice una revisión del estilo relacional que emplea el alumno de enfermería en sus diálogos con el paciente. Vidal hace alusión a los estilos relacionales que deben emplear los alumnos de enfermería (Vidal et al., 2009), pero no hemos detectado que mediante un análisis en la práctica clínica se evalúe y “diagnostique” al alumno, para que sea conocedor del estilo relacional que emplea y así saber desde donde parte su conocimiento y formación actual.

Algunos autores (Bermejo, 2012. Brusco, 1999. Cibanal, 2014) trabajan en esta línea de análisis, dando forma a los diálogos de los alumnos para conocer su disposición y actitud con el paciente.

7.2.1.-La disposición del alumno.

Según la disposición del alumno, la relación puede estar centrada en la persona o en el problema. De este modo el alumno va a conocer la disposición que tiene, para que le sirva de muestra y pueda mejorar esta competencia. Ambos estilos representan los extremos de un continuum.

7.2.1.1-El alumno se centra en la persona.

Nos interesa saber si el estilo relacional del alumno está basado en prestar atención principalmente al paciente, a cómo vive este su problema, considerando a la persona de forma holística. De este modo el alumno sentirá la necesidad que tiene el paciente de sentirse comprendido, tranquilizado y totalmente acogido.

Entrevista-Roleplaying: “*Si usted quiere hablar con sus hijos pues hágalo. Yo creo que sería una buena decisión hablar con ellos. Comentarles lo que piensa, lo que siente y que ellos te digan lo que ellos sienten y lo que ellos piensan. Yo creo que sería muy bueno*” (C) pág. 4.

Entrevista-Roleplaying: “*Para quien serán buenos días (repite la frase que ha dicho el paciente)...bueno dígame, ¿qué siente?, ¿cómo se encuentra?*” (A) pág. 3.

Entrevista-Roleplaying: “*Es normal que tengas miedo, los hospitales dan mucho respeto pero...tienes que entender que aquí estas para ponerte bien si no, no estarías*” (S) pág. 6.

En la literatura hallamos que el reflejo de sentimientos, la reformulación, el reflejo de contenido, etc. han sido considerados frecuentemente como elementos claves en el desarrollo de la terapia centrada en el cliente (Bermejo, 2012).

La revisión bibliográfica deja ver que la expresión de relación de ayuda centrada en la persona es acuñada por Carl Rogers, considerado como el psicólogo humanista cuya característica es una orientación comprensiva de las diferentes dimensiones de la persona. Rogers bautizó su propuesta de psicoterapia como “no directiva” y más tarde como “centrada en el cliente” (Bermejo, 2010).

7.2.1.2.-El alumno se centra en el problema.

Cuando el alumno se centra en el problema, este se identifica sobre todo con el conflicto que vive el paciente, con la situación que este le presenta, sin tener en cuenta los aspectos subjetivos de cómo vive el paciente su situación.

Entrevista-Roleplaying: “*Bueno, yo lo entiendo que usted tenga miedo al dolor, yo también lo tengo e intentaremos que si le duele pues usted pueda estar mejor, que le*

podamos quitar el dolor y podamos ayudarle en todo para que esté lo mejor posible, tanto como nosotras las enfermeras, como los médicos, como sus hijos” (...) “no diga usted eso, hombre. ¿Por qué se va a morir usted?” (C) pág. 5.

Entrevista-Roleplaying: “*Pues yo entiendo que la situación le ponga nervioso, pero si ha pasado esto (no le han sacado la analítica que le correspondía)... si ha habido un error lo mejor es subsanarlo. Tendremos que hacer el análisis para que usted se ponga bien, lo siento mucho*” (A1) pág. 3.

Entrevista-Roleplaying: “*Bueno Laura, yo necesito curarlo bien (tiene una herida en la mama izquierda), tendré que... lo voy a hacer lo más rápido que pueda pero tampoco... no le voy a forzar para hacer mal una cura*” (J) Pág. 6.

Según la literatura investigada, el problema se constituye cuando una dificultad de cualquier índole se enfoca inadecuadamente (Madrid, 2014). En relación a lo anterior, si el ayudado comunica un problema moral que le angustia, el ayudante se centra en este, dejando de lado las resonancias emotivas que tal problema puede suscitar en la persona ayudada (Bermejo, 1998).

Otros autores como Carkhuff (Carkhuff, 1971) matizan que el consejero o la persona que ayuda no actúa sobre el problema en sí, sino sobre los residuos de competencia de la persona para hacerla crecer.

7.2.2.-El uso de poder del alumno como ayudante.

Cuando hablamos de un uso de poder nos referimos a la relación que establece el alumno con el paciente como ayudante, de forma que el alumno utiliza su posición para favorecer que la persona encuentre el consuelo que necesita, a fin de que el paciente supere el proceso que está pasando.

Nos interesa saber si el alumno hace un uso adecuado del poder, de forma que ayude al paciente a encontrar el bienestar que le encamina a un estado de salud más óptimo. Consecuentemente, la relación será directiva o facilitadora según el uso de poder que emplee el alumno.

7.2.2.1.-Actitud directiva del alumno.

El poder que ejerce el alumno está fuera de la persona ayudada. Ayuda a la persona llevándola en una determinada dirección, induciendo al paciente a pensar, a sentir o a actuar según un esquema determinado. Esta relación se aleja de la confianza en el paciente de poder autodirigir su situación de una forma profesional.

Entrevista-Roleplaying: “*La vida cambia: puede seguir hacia adelante, nunca se sabe, ahora mismo la medicina está avanzando. Usted tiene que tener fuerzas, y tiene que sacar de dentro lo que tenga. Aquí estamos para cuidarla y tratarla lo mejor posible*” (J1) pág. 6.

Entrevista-Roleplaying: “*Es que usted no tiene que pensar en todas las cosas malas, tiene que pensar en las cosas buenas, si no a ver...yo tampoco voy a vivir setenta años más, usted tiene que disfrutar lo que le quede, y lo que le quede pasarlo lo mejor posible, y a seguir hacia delante*” (J1) pág. 6

Entrevista-Roleplaying: “*Pero, Laura, esto que te acaba de pasar es una prueba, te tienes que sentir orgullosa de que has superado una prueba bastante dura y que seguimos adelante*” (...) “*Pero, Laura, por favor, no me digas tonterías (...) No me gusta que me digas esas cosas, una chica tan guapa como tú*” (J) pág. 6.

De esta forma el alumno no confía en la capacidad del paciente para dirigir su vida e intenta guiarle. El alumno actúa persuadiéndolo, proponiéndole soluciones inmediatas, haciendo juicios moralizantes, reprimendas, manipulándole, chantajeándole, haciéndole sentirse culpable o bien refiriéndose al propio rol o a la propia competencia (Bermejo, 1998).

La literatura encontrada nos muestra que la equilibrada modulación de directividad y no directividad forma parte de las habilidades interpersonales requeridas en una intervención de relación de ayuda (Brusco, 1999).

7.2.2.2.-Actitud facilitadora del alumno.

Esta actitud nos permite observar si el alumno recurre principalmente al poder, a la autoridad o a los recursos presentes en la persona y no a los suyos propios. La intervención del alumno debe estar orientada a ayudar al paciente a que tome conciencia de sus recursos y a que los utilice de una manera creativa.

En lo que concierne a la actitud directiva, aunque en menor proporción, hemos encontrado una actitud facilitadora en el análisis de la relación entre el alumno y el paciente. A continuación podemos observar algunas de las muestras más representativas al respecto.

Entrevista-Roleplaying: “*Buenos días Paqui, le vamos a tomar la tensión esta mañana, ¿cómo se encuentra? ¿Cómo ha dormido usted esta noche?*” (J1) pág. 5.

Entrevista-Roleplaying: “*Te sorprenderías de la cantidad de gente que supera esto (la paciente tiene un cáncer de mama) y de la cantidad de gente que supera esta enfermedad y que con el tiempo es un punto y aparte*” (J2) pág. 3.

Entrevista-Roleplaying: “*Estefanía pero yo quiero decirle...que está mal, está llorando y yo quiero ayudarla piense que está aquí y... lo pasara mal pero usted está aquí para solucionar un problema de salud que usted tiene, que le han diagnosticado y lo primero es encontrar el problema y poder solucionar esa parte que le está afectando y bueno yo quiero ayudarla en todo lo que este en mi mano*” (...) “*Y usted qué piensa, ¿qué piensa que necesita?... ¿qué puedo yo proporcionarle?*” (L) pág. 4.

Cuaderno de campo: “Observo que la actitud facilitadora en la relación del alumno con el paciente se suele dar al comenzar y terminar la relación en mayor medida, considero que cuando el conflicto que vive el paciente se va representando en el nudo de la acción la actitud comienza a ser más directiva” pág.6.

Con la actitud facilitadora el alumno tiende a hacer propuestas, a dar sugerencias e informar o incluso a proponer alternativas. Según la bibliografía consultada, para que exista una disposición facilitadora del alumno, este debe tener cuatro actitudes fundamentales que forman parte del enfoque centrado en la persona. Dichas actitudes son, por una parte, la empatía y la escucha, y, por otra parte, el apoyo incondicional y la autenticidad (Roger, 1980, citado por Barceló, 2012).

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que el alumno con esta actitud fomenta la escucha activa y la comprensión. Si utiliza las técnicas apropiadas como la reformulación, la autorrevelación, etc, podrá canalizar mejor la comprensión del estado en el que se encuentra el paciente y así podrá animarlo de una forma más eficiente (Bermejo, 1998).

7.2.3.-Estilos de relación que utiliza el alumno.

Cuando la actitud directiva y facilitadora se combinan con las centradas en la persona y en el problema, se obtienen diferentes estilos de relación, los cuales procedemos a analizar a continuación mediante los diálogos de los alumnos.

A partir de la disposición del ayudante y del uso de poder del alumno queremos averiguar qué estilo de relación utiliza, de forma que clasificamos a cada alumno en función de las características mencionadas. Teniendo en cuenta el estilo que utiliza, se puede observar que cuando establece un estilo concreto suele mantenerse en esa línea durante toda relación.

7.2. 3.1.-Estilo autoritario.

Este estilo nos indica que el alumno centra el problema en el paciente y quiere ayudarle a resolverlo de manera directiva, centrándose más en sus propios recursos que en los del paciente. La relación que se da es de dominio-sumisión.

El alumno emplea un estilo autoritario con el paciente en la mayoría de las intervenciones.

Entrevista-Roleplaying: “*No, no, mire usted tiene dos hijos y un marido, es usted todavía joven y tiene que ver lo que ha conseguido hasta ahora y lo que puede llegar a conseguir en mucho tiempo que le queda por vivir; vale, no tiene que pensar en las pérdidas que pueda tener ni en las ganas de morir porque no, eso no es vivir. Tiene que levantarse cada día como mejor que el anterior y luchar por lo que tiene. Tiene una familia que le apoya unos hijos que la adoran y valores por los que luchar*”(A).

Entrevista-Roleplaying: “Sí, sé lo que tiene (la paciente le pregunta si sabe que tiene un cáncer de colon), pero es que aunque sea malo, usted tiene que tener fuerzas, y una vez que tenga fuerza lo que tenga que venir vendrá, porque la vida es un ciclo que empieza en el nacimiento y acabará en la muerte, y a unos nos llega antes y a otros nos llegará después, pero en esta vida ya que estamos, estamos aquí para vivirla y mientras la vivamos lo tenemos que hacer lo mejor posible”. (J1) pág. 6.

En la literatura sobre el estilo autoritario encontramos una descripción del mismo. Podemos afirmar que el paciente es considerado como un simple ejecutor de un proyecto que el ayudante tiene muy claro (Bermejo, 1998). En este sentido, si nos centramos en el problema del paciente, en resolverlo de forma directa y no buscamos los recursos propios de este, sino que utilizamos los nuestros, se trata de un modelo autoritario (Vidal, 2009).

La revisión bibliográfica muestra que los profesionales refieren que es mucho más fácil en la relación tener una disposición autoritaria, porque esto lleva consigo el hecho de no tener que implicarse con el paciente (Cánovas, 2008).

7.2.3.2.-Estilo democrático.

El alumno ejerce un estilo democrático cuando se centra en el problema del paciente. Su actitud es facilitadora, tiende a implicar al paciente en la solución del problema. Sin imponer, deja que el paciente proponga las soluciones, acompañándole y animándole a que encuentre sus propios recursos para alcanzar su fin.

No obstante, son muy pocas las intervenciones en las que el alumno muestra un estilo democrático.

Entrevista-Roleplaying: “... Está muy bien que usted ahora mismo exprese lo que sienta...mira estoy nerviosa por la prueba...sentir miedo es normal, es lo más normal, tanto ser feliz como sentir miedo. Forma parte de las personas” (...) “(la paciente tiene miedo al dolor)...Pero podemos ponerle un poquito de anestesia que le disminuya, siempre un poquito de dolor puede ser que haya” (L1) pág. 7.

Entrevista-Roleplaying: “...y lo primero es encontrar el problema y poder solucionar esa parte que le está afectando y... bueno, yo quiero ayudarla en todo lo que este en mi mano” (L) pág. 4.

El objetivo principal del alumno es resolver el problema del paciente e intenta darle facilidad para que se solucione. Tras la revisión bibliográfica podemos afirmar que apenas existen estudios relacionados con el estilo democrático en lo que respecta a la relación con el paciente. Numerosos son los artículos que lo nombran, como por ejemplo Alférez (Alférrez, 2012), pero no se adentran en encontrar las ventajas. Por otra parte, Brusco (Brusco, 1999) hace referencia a los inconvenientes de este estilo y nos ofrece como solución involucrar al paciente y darle facilidades para que utilice sus recursos y encuentre las soluciones. Generalmente el enfoque encontrado en la bibliografía publicada es hacia el problema, más que hacia las ventajas.

En pocas palabras, si centramos el problema en el paciente adoptando una actitud facilitadora y favorecemos que el paciente se implique en buscar la manera de resolver el problema, entonces podemos afirmar que se trata de un modelo democrático o cooperativo (Vidal et al., 2009).

7.2.3.3.-Estilo paternalista.

El alumno se centra en el paciente, para lo que tiene en cuenta cómo el paciente vive su problema. El alumno interviene de forma directiva tomando distintas formas como una tendencia a querer proteger al paciente, asumiendo la responsabilidad de la situación del mismo, llegando incluso a querer salvarle de aquello que le afecta.

Entrevista-Roleplaying: “*A ver, yo no puedo compartir esta situación con usted, yo no me puedo poner en su lugar porque no sabría describir como usted se siente pero voy a estar ahí, voy a luchar por usted y ayudarla en este proceso, en este duelo que está viviendo y sobre todo desahogarse y hablar conmigo, que la voy a apoyar en todo*” (A) pág. 3.

Entrevista-Roleplaying: “*Bueno Paqui, pero la vida continua y está usted aquí, usted no se ha ido, y está usted viva y sigue disfrutando, tiene a sus nietos, posiblemente si está en el hospital, pues las circunstancias no son apropiadas para que vengan a verla, pero en principio usted no va a terminar hoy ni mañana, vamos a continuar, le vamos a seguir dando su medicación y así seguiremos, y usted tiene que tener ánimo y seguir hacia delante*” (J1) pág. 6.

Entrevista-Roleplaying: *¡Hombre!.... ¡eso sí es verdad!, que tuya es (la paciente dice que su enfermedad es suya)...Y..., por mucho que te digamos que te entendemos no podemos llegar a entender hasta que lo sufrimos nosotros. Pero que hoy en día la medicina ha avanzado mucho. Verás como aquí, entre el tratamiento que te van a poner y la fuerza que tú vas a poner, porque estoy convencido de que al final tú vas a poner fuerza y sales p'alante*” (M1) pág. 3.

El alumno intenta ayudar protegiendo al paciente desde su propia visión. En la literatura sobre el paternalismo no hay indecisiones al afirmar que este implica un acercamiento al paciente. Sin embargo, el ayudante no confía en él, sino que se siente responsable de salvarle. Podemos decir, por lo tanto, que la actitud del enfermero se basa en el principio “lo que yo querría que fueras” en su relación con el paciente (Bermejo, 1998).

En este sentido, si centramos el problema en la persona, en cómo vive el paciente su problema, adoptando una actitud directiva y tomando la responsabilidad de la situación del paciente mediante el uso de la sobreprotección, podemos afirmar con certeza que se trata de un estilo paternalista (Vidal et al., 2009).

7.2.3.4.-Estilo participativo.

El alumno que mantiene una relación con el paciente y utiliza este estilo se centra en la persona con una actitud facilitadora, está atento a lo que está viviendo el paciente y se interesa porque este tome conciencia de lo que le pasa, dando lugar al conocimiento de sí mismo, de sus dificultades y de sus recursos. Mediante este método, el alumno acompaña al paciente para que este identifique lo que quiere; por su parte, el alumno considera en qué puede ayudar y qué debe hacer.

Cabe señalar que, tras revisar cada entrevista y ejercicio de role-playing, se han encontrado escasos comentarios del alumno en sus frases dirigidas al paciente en las que mostrarse una actitud facilitadora y orientada al paciente.

Este tipo de intervenciones entrarían dentro de lo que podríamos denominar la línea de tomar a la persona como centro, logrando que la persona se sienta comprendida y caminará hacia la autoexploración y posible resolución de la situación de conflicto o de crisis.

Entrevista-Roleplaying: “*...y si tiene que llorar, llore, que aquí tiene un apoyo, que estamos para tratarla y sobre todo para cuidarla como persona*” (A) pág. 3.

Entrevista-Roleplaying: “*Buenos días Paqui, le vamos a tomar la tensión esta mañana ¿cómo se encuentra?, ¿cómo ha dormido usted esta noche?*” (J1) pág. 6.

Entrevista-Roleplaying: “*No, por suerte no (el paciente le dice que él no está pasando por su enfermedad), pero he tenido otros casos en los que pacientes como tú estaban en muy mala situación y han salido adelante y lo han superado perfectamente*” (J2) pág. 4.

Cuaderno de campo: “*observo que el alumno emplea el estilo empático al principio de la relación y al final de la misma, cuando se despide. En el momento en que se desarrolla la relación con el paciente y cuando aparece una mayor presencia de los sentimientos*” (pág. 6).

En lo que concierne a la revisión bibliográfica, Hurtado (Hurtado, 2004) explica que para que el modelo empático se lleve a cabo correctamente, debemos tener en cuenta unas fases que se deben seguir. La primera es la de identificación, en la que nos vemos reflejados en la persona y en la situación. La segunda es la fase de incorporación y repercusión; esta fase consiste en incorporar los elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios. Por último encontramos la fase de separación, muy importante para evitar el temido burn-out; esta última fase se basa en apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa.

En el análisis que llevamos a cabo observamos que el alumno pasa por la fase de identificación en la que se ve reflejado, pero no todos los alumnos incorporan esas vivencias y las hacen propias para integrar lo que vive el paciente. Además, no todos los alumnos llevan a cabo la separación en la relación que mantienen con el paciente.

En el modelo empático, que es el ideal a seguir puesto que se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda al otro, insistiendo en qué cree el paciente que el profesional debe hacer teniendo en cuenta las limitaciones o el alcance de sus posibilidades (Vidal et al, 2009).

Según la literatura revisada, los profesionales tienden a emplear otros estilos que no requieren tanta implicación como el estilo empático, entre los que destacan el estilo autoritario y/o paternalista (Cánoval, 2008).

Teniendo en cuenta que todos los estilos tienen su lugar en la relación, si se saben utilizar con flexibilidad y teniendo en cuenta los distintos elementos de la situación concreta que vive el paciente, la literatura consultada considera que el estilo empático-participativo debería constituir el fondo del ser del ayudante.

Cuando el alumno emplea el estilo participativo-empático, se valora positivamente la existencia de este frente a otros estilos mencionados con anterioridad. Partiendo del uso de este estilo y utilizando las escalas que nos ofrece Carkhuff (citado por Marroquín, 1991), analizamos el nivel de empatía que el alumno alcanza. Esto da paso al análisis de la 3^a categoría de este estudio, que sigue a continuación.

7.3.-CATEGORÍA 3^a: La Empatía Terapéutica.

La capacidad del alumno para comprender los pensamientos, las emociones y las necesidades del paciente es el reflejo de la competencia relacional. No obstante, el alumno además de comprenderle, debe transmitírselo. Es decir, aunque el alumno afirme comprender al paciente, si no es capaz de transmitirle esta comprensión, el paciente se sentirá poco o nada comprendido.

Entrevista/Role-playing: (la paciente expresa que si ha de enfermar o morir, prefiere ser ella antes que su familia) “*La comprendo, pero nosotros estamos aquí para ayudarla en todo lo que usted necesite. Si usted necesita hablar con nosotros, si necesita que la escuchemos... Si usted tiene dolor, necesita...lo que quiera...usted puede contar con nosotros*” (...) “*Bueno, yo lo entiendo... que usted tenga miedo al dolor, yo también lo tengo, e intentaremos que si le duele, pues usted, pueda estar mejor*” (C) pág.4.

Entrevista/Role-playing: “*En cierto modo te entiendo, pero tú plántate esto como una etapa que te va a ayudar a ser más fuerte y a ser más valiente*” (...) “*Te entiendo pero no te preocupes por ellos* (hace referencia a su familia, a sus hijos), *pero ellos seguro que van a estar contigo siempre, no te van a dejar nunca. Y eso... ya te irás dando cuenta*” (J2) pág. 4.

Entrevista/Role-playing: “*Pues yo entiendo que la situación le ponga nervioso, pero si ha pasado esto... si ha habido un error, lo mejor es subsanarlo. Tendremos que hacer el análisis para que usted se ponga bien, lo siento mucho*” (A1) pág. 3.

La empatía no es simplemente decir “te entiendo” o “te comprendo”. En ocasiones, utilizamos frases hechas alejándonos de la autenticidad, lo cual provoca que el paciente no se sienta realmente comprendido por mucho que le digamos “te comprendo”. El alumno debe comprender al paciente de forma empática para poder, posteriormente, transmitir esta comprensión al paciente.

Cuando el alumno dice que comprende al paciente se está centrando en él y está utilizando una actitud facilitadora. Sin embargo, la revisión bibliográfica afirma que no basta con decir al paciente que se le comprende, sino que además hay que hacérselo ver. La empatía terapéutica comienza con la comprensión pero no termina ahí (Bermejo, 2012). El alumno debe hacerle saber al paciente que entiende lo que está sintiendo y transmitírselo de manera adecuada, es decir, de forma empática.

Para ello, el alumno debe utilizar un lenguaje comprensible que transmita acogida y que esté hecho a la medida del estado emocional que tiene el paciente (Bermejo, 2012).

7.3.1.-La Respuesta Empática

El alumno que posee un estilo empático en la relación se caracteriza por tener en cuenta los sentimientos del paciente, aunque el grado en acoger los mismos varía dependiendo del adiestramiento que el alumno tenga en la respuesta empática. Por ello, puede que el alumno, teniendo en cuenta los sentimientos, centre su conducta más en el contenido; o bien, se centre más bien en los sentimientos que en el contenido; o, por otro lado, que el alumno tenga la habilidad de responder a ambos a la vez. La respuesta empática contempla los siguientes elementos:

7.3.1.1.-Responde al contenido

La conducta del alumno responde en gran medida al contenido. El alumno devuelve al paciente la información que él mismo comunica.

Entrevista/Role-playing: “*Pues tiene usted razón porque hay veces que no se puede luchar contra los elementos. Lo que hay que hacer es solucionar el problema e intentar que usted esté bien...*” (A1) pág. 3.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que está cansada y que se quiere morir) “*No, no... mire, usted tiene dos hijos y un marido, es usted todavía joven y tiene que ver lo que ha conseguido hasta ahora y lo que puede llegar a conseguir en mucho tiempo que le queda por vivir, ¿vale?*” (A) pág. 3.

En nuestra cultura, Rogers (Rogers, 1978) señala que estamos entrenados para poner atención a las ideas pero no a los sentimientos.

7.3.1.2.-Responde a los sentimientos

La conducta del alumno se centra en los sentimientos pero no profundiza en ellos a niveles IV y V según la escala de R. Carkhuff. El alumno percibe en las palabras

del paciente su estado de ánimo, pero se requiere habilidad en el alumno para percibir más allá de lo que dice el paciente.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que actualmente está agobiada). “*Este es un periodo en el que lo está pasando mal, está agobiada, puede que necesite más apoyo del que tiene*” (L) pág. 5.

Entrevista/Role-playing: (La paciente tiene miedo porque sabe que lo que tiene no es nada bueno) “*Lo mejor es que primero vaya asimilándolo poco a poco, no se agobie ni trate de ponerse nerviosa, poco a poco vaya expresando lo que siente tal cual, no se reprenda en ese sentido*” (L1) pág. 4.

La literatura que hemos revisado, afirma que la destreza más difícil de adquirir es el arte de permanecer alerta y responder a los sentimientos que expresa el paciente (Rogers, 1978).

7.3.1.3.-Responde al contenido y a los sentimientos

El paciente tiende a expresar por una parte los datos del conflicto que vive y por otra parte, sus sentimientos. La conducta del alumno en la relación con el paciente responde más a los contenidos que a los sentimientos de este. El alumno refleja la falta de destreza para responder al contenido y a los sentimientos en profundidad, teniendo dificultad para invitar a este a que los exprese.

Entrevista/Role-playing: (La paciente le dice que tiene miedo al dolor) “*Estás asustada, tienes miedo a que te duela...yo estaré cuidándote en todo lo posible, y todo lo que necesites tú me lo dices*” (...) “*Una punción lumbar yo no puedo decirte que no te va a doler porque te estaría engañando, pero yo te pondré lo que necesites para el dolor*”. (S) Pág. 4.

El alumno en su relación con el paciente, puede responder al sentimiento, puede responder al contenido o a los dos, pero nos preguntamos en qué grado responde a cada uno. Consecuentemente, a continuación procedemos a analizar el nivel que alcanza el alumno en su relación con el paciente.

7.3.2 Grado de comprensión empática que presenta el alumno

En la categoría anterior el alumno en la relación con el paciente proporcionaba respuestas en las que utilizaba varios estilos. Dentro del estilo participativo-empático, necesitamos conocer las respuestas del alumno para saber el grado de comprensión empática que tiene. Por ello, si aparece el estilo participativo que tiende a la empatía, necesitamos profundizar en ella y saber qué grado de la misma posee el alumno. De este modo, el alumno es capaz de autoevaluarse y encaminarse hacia la mejora de la competencia relacional.

7.3.2.1.-Nivel I

Una vez que sabemos si el alumno utiliza la respuesta empática, en base al contenido, al sentimiento o a ambos, nos interesa saber en qué nivel de comprensión empática se mueve o posee en la relación con el paciente. Entendemos que, en el nivel I, la respuesta del alumno no tiene en cuenta lo que comunica el paciente; existe una ausencia de empatía, dando paso al juicio y a la crítica. Tiende a hacer preguntas, dar consejos o a decirle cómo debe comportarse.

Entrevista/Role-playing: (Ante el malestar de una paciente por lo mal que se ha sentido tratada por el personal de la unidad) “*bueno es que hay de todo. Tampoco se puede ser así, no será para tanto, estaría en un mal día*” (S) pág. 6.

Entrevista/Role-playing: (La paciente tiene miedo al tratamiento de quimioterapia y le dice al enfermero que teme que se le caiga el pelo) “*¡Ojalá todo el problema fuera el pelo, na' más! El pelo crece, ¡jhombre!*” (M1) pág. 2.

Entrevista/Role-playing: (La paciente le pregunta si sabe que la enfermedad que tiene es algo malo) “*Sé lo que tiene pero es que aunque sea malo, usted tiene que tener fuerzas, y una vez que tenga fuerza lo que tenga que venir vendrá, porque la vida es un ciclo que empieza en el nacimiento y acabará en la muerte, y a unos nos llega antes y a otros nos llegará después, pero en esta vida ya que estamos, estamos aquí para vivirla y mientras la vivamos lo tenemos que hacer lo mejor posible.*” (J1) pág. 6.

Según la revisión bibliográfica no basta con que el alumno capte y entienda las palabras del paciente, sino que debe ver lo que hay detrás de ellas por medio de sus gestos (Cibanal, 2014).

Considero que entre el nivel I y II puede haber un tipo de empatía instintiva (Wong, citado por Bermejo, 2012), en la que el alumno responde a la llamada de la necesidad del paciente. El alumno, al escuchar lo que le dice el paciente, se pone en su lugar instintivamente pero su reacción es como si se quemara con una fuente de calor y se aparta rápidamente, quedándose posteriormente con un sentimiento de tristeza, pena y melancolía. De esta forma, no solo no puede ayudar al paciente sino que además queda herido por el conflicto de la otra persona.

Entrevista: (Después de hacer el role-playing) “*Pues me he sentido un poco...triste... no sé si es la palabra, pero he sentido que si yo estuviera en ese lugar estaría muy agobiada y estaría muy sola, entonces claro el verme yo así, como la estoy viendo a la paciente pues me agobiaría...me he sentido muy agobiada*” (L) pág. 6.

Diario de campo: “*Hoy me ha dejado bastante tocada el caso de un paciente que está bastante tiempo en la planta, y aún los médicos no lograban averiguar cuál era exactamente el motivo de su ingreso. El paciente tenía ictericia, y después de realizarle varias pruebas, averiguaron que se trataba de un cáncer hepático con un mal pronóstico. Me entristece verle. Por lo que he conocido estos días, es una persona que ama la vida, positiva, bastante amable con todo el personal y ha ayudado en todo lo*

que estaba en su mano, por eso me deja un poco tocada como he dicho antes. Esta situación me hace reflexionar y pensar que pasas de tenerlo todo a no tener nada, a encontrarte con una enfermedad terminal que acabará contigo en pocos días. Una persona como esta, que según me había contado era deportista, sana, no fumadora, no consumía ningún tipo de alcohol...no lo veo nada justo. Pero sé que es algo que está a la orden del día y nadie nos escapamos de ello, desgraciadamente. Por ello creo que debemos vivir la vida al máximo, amando cada minuto de ella y a quienes se nos presenta. No dejar pasar oportunidades, ser felices y hacer felices a todos aquellos que nos rodean. Esa creo que es la verdadera esencia de la vida" (L1) pág. 19.

Diario de campo: "Me ha impactado mucho la obesidad de una paciente que he tenido que ayudar a las auxiliares a asearla porque no podían manejarla bien en la cama. Es sorprendente ver como una persona puede llegar a coger unas dimensiones y un peso tan grandes. He sentido lástima por ella, me imagino cómo tiene que ser su vida con ese cuerpo, muy limitada para cualquier movimiento y actividad, y un grave problema para su salud. Además tenía escaras ya formadas por varias zonas de su cuerpo" (...) (otro día diferente la alumna escribe en su diario) "Me he sentido muy apenada por la mujer que tiene obesidad y que está pendiente de trasladarse a un hospital de cuidados medios, sus hijos son sus cuidadores principales. Me siento apenada por la situación ey esta mujer, pues el que el cuerpo llegue a tomar esas dimensiones es muy duro" (L) Pág. 15.

En este contexto reflexivo, Bermejo (Bermejo, 2012) hace referencia al concepto de compasión, que distingue de la empatía. Bermejo considera que la compasión es la actitud que consiste en ser sensible ante el sufrimiento de alguien y sentir el deseo de aliviarle. No hay compasión sin empatía, pero un cierto nivel de empatía sí es posible sin la compasión. De aquí el término al que hace referencia Wong (Wong citado por Bermejo, 2012) de empatía instintiva

7.3.2.2.-Nivel II

La conducta del alumno en este nivel tiene en cuenta los sentimientos, pero se centra principalmente en responder al contenido de lo que el paciente dice, sin darle mucha importancia a lo que le ha contado.

Entrevista: (La paciente le dice que las comidas del hospital no le gustan y que por ello no come) "Bueno, el problema de las comidas, vamos a ver si podemos solucionarlo, pero ya sabe que es un hospital, hay mucha gente..." (M) pág. 5.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que los enfermeros no le atienden bien, no le hacen caso) "Sí, pero hay que tener en cuenta que no todos nos van a caer bien, si nos ha tocado esa persona tenemos que tener paciencia, si aquí estamos para eso" (S) pág. 6.

Entrevista/Role-playing: (La paciente le dice que cuando su marido vivía le regalaba libros y ahora se encuentra muy sola) “*Aquí tenemos una biblioteca y podríamos gestionar el traerle libros, también la televisión...*” (M) pág. 6.

Diario de campo: “*Hoy se ha dado una situación en la que no sabía muy bien cómo actuar. Me he preocupado por un paciente que estaba angustiado e inquieto por su estancia en el hospital. Cuando he entrado a su habitación, le he dicho que se pegara una ducha y se relajara, pero él me ha dicho que estaba con ansiedad, nervioso y que se sentía mal. Yo en ese momento no sabía qué decirle y me he agobiado*” (...) “*Cuando he vuelto me ha pedido si por favor podía darle algo para el dolor de cabeza, que lo estaba pasando mal y si podía avisar a su mujer, porque no quería estar solo. Me ha dado tristeza pues entendía perfectamente que cuando se está mal, necesitas la compañía de alguien cercano a ti, y él necesitaba estar con su mujer en ese momento*” (L) pág. 21.

La tarea de descodificación que tiene que hacer el receptor (alumno) es bastante compleja, ya que la clave o código utilizado por el emisor no siempre es clara, concreta y específica (Cibanal, 2014), de forma que en este nivel II, el alumno se va a centrar en el contenido, sin llegar al sentimiento del paciente.

7.3.2.3.-Nivel III

La respuesta del alumno expresa los mismos sentimientos y significados, aunque no añade nada nuevo a lo que expone el paciente.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que no quiere estar en el hospital, que está cansada de que le hagan daño) “*Bueno ni yo tampoco querría estar en tu lugar, sabiendo que vengo aquí a que me hagan cosas malas, a nadie le gusta venir al hospital*” (L) pág. 7.

Entrevista/Role-playing: (El paciente está nervioso y cabreado porque le iban a realizar una analítica y no se la han hecho) “*Pues tiene usted razón porque hay veces que no se puede luchar contra los elementos. Lo que hay que hacer es solucionar el problema e intentar que usted este bien...*” (A1) pág. 3.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que esta cabreada porque la llevaron a realizarle una prueba y no era para ella) “*En cuanto el cabreo ya sabe que si por nuestra parte hemos hecho mal le diré que vamos a intentar no equivocarnos más*” (M) pág. 6.

Dentro de las respuestas de los alumnos consideradas como empáticas, estas son las que más se asemejan a un nivel III de profundización. No obstante, cabe mencionar la dificultad que ha presentado encontrar este tipo de respuestas en el análisis de los role-playing llevados a cabo por los alumnos en el trabajo de investigación.

Utilizar este tipo de respuesta para expresar empatía, recogiendo contenidos cognitivos y/o afectivos, así como significados conceptuales que nos encaminen a un nivel IV y V, comporta un particular esfuerzo (Bermejo, 2012).

7.3.2.4.-Nivel IV

El alumno en su respuesta al paciente añade un significado y sentimientos más profundos. De este modo, ayuda al paciente a que exprese lo que siente y que fue incapaz de compartir anteriormente.

Podemos afirmar que no hemos detectado respuestas del alumno que alcancen un nivel IV de profundización empática, tanto en la relación que el alumno mantiene con el paciente en el role-playing, como en las experiencias reflejadas en el diario de campo y en el grupo de discusión.

7.3.2.5.-Nivel V

La respuesta del alumno añade significativamente algo a los sentimientos y significados, llegando a niveles más profundos de lo que el paciente fue capaz de expresar. En el análisis que hemos llevado a cabo, el alumno tampoco refleja respuestas en el nivel V de profundización empática.

En relación a esta categoría, denominada empatía terapéutica, podemos señalar que en la búsqueda bibliográfica que hemos realizado no hay evidencia de estudios que clasifiquen a los alumnos en los niveles a los que hace referencia Carkhuff, Benner (Marriner, 2007), desde el punto de vista de la relación que establecen con el paciente, de forma que muestren su estilo relacional y sus actitudes empáticas.

Sin embargo autores como Bermejo (Bermejo, 2012) y Cibanal (Cibanal, 2014), trabajan con profesionales y alumnos para que estos aprendan y consigan niveles más profundos de empatía.

Para Carkhuff (citado por Marroquín, 1982), podemos conseguir un grado de profundidad empática en el alumno, de nivel IV y V si este adquiere, por un lado, la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona y, por otro lado, de comunicar esta percepción en un lenguaje que se acomode a sus sentimientos.

En este sentido, Madrid (Madrid, 2005), expresa la importancia que se debe dar a un lenguaje adecuado a la situación y a las características personales del ayudado.

7.4.-CATEGORÍA 4^a: El interés que muestra el alumno en materia relacional.

El alumno no piensa en el interés, sino que lo siente y lo muestra movido por sentimientos generados que proceden de emociones internas, como por ejemplo el miedo a no ser competente, a fallar, a sentirse frustrado en la relación. Por ello, vemos que el alumno relaciona el miedo y la incertidumbre como evidencias de incompetencia, y, por otro lado, el interés como un detector de la competencia. Un alumno será más competente en la medida del interés que tenga en serlo.

Diario de campo: “*He ido a tomar la tensión de forma manual a una mujer, y en confianza se ha puesto a llorar, a decir que no vale nada, que qué dura es su enfermedad, con su edad, que su marido también está malo...nos hemos dado un abrazo y he intentado apoyarla. Me hacen sentirme fatal, estas situaciones pueden conmigo, y desde que hablé con Toñi sobre esto, tengo estas situaciones más presentes, reparo más en ellas. Siento que los pacientes se abren a mí, y yo no sé corresponderles ofreciéndoles el apoyo que necesitan en ese momento*”. (S) pág. 26.

Para nosotros es importante saber el interés, es decir, el valor o la utilidad que le da al alumno a la competencia relacional, pues de ello dependerá el grado y la forma de adquisición de dicha competencia. De esta manera, entran en juego elementos como el interés en conocer el término de competencia relacional, así como la percepción que tienen de esta. Debemos confirmar o no la necesidad de formación; por ello, las referencias que el alumno hace en el diario de campo, como la que acabamos de ver, son las que nos ayudan a detectar el grado de interés. Estos cuatro elementos son las subcategorías que vamos a analizar a continuación.

7.4.1.-El interés por conocer el término competencia relacional.

En esta subcategoría queremos saber mediante el análisis, si el alumno muestra interés por conocer el concepto de competencia relacional y/o de otros términos como la relación de ayuda, bien porque el alumno nos lo ha transmitido oralmente, bien porque lo refleja de forma escrita en el diario de campo, bien porque lo expone en el grupo de discusión.

Algunos alumnos hacen alusión al día en que se llevó a cabo la entrevista, dejándolo reflejado en su diario de campo, anotan lo que consideran, puesto que no se les había exigido que tuvieran que explicar la definición de relación de ayuda en la confección del diario. Sin embargo, hacen mención a ella. Apreciamos que indagan e intentan construir el significado de dicho concepto. Estos alumnos son los que denotan un interés que merece ser subrayado y, además, esto pone de manifiesto que han reflexionado y meditado sobre ello.

Diario de campo: “*En qué consiste la relación de ayuda me ha preguntado Toñi esta mañana, con mucho gusto le respondí que para mí era el estar ahí, practicar la escucha activa verdadera y la empatía. Es más que repartir la medicación lo que la enfermera hace, no somos técnicos sanitarios...*”(A) lunes 11/03/2013.

Diario de campo: “*Qué es la relación de ayuda me preguntaba la supervisora de estudiantes. Hay muchas definiciones de la palabra ayuda (colaboración desinteresada que se presta en una necesidad o peligro, persona o cosa que ayuda o sirve para ayudar, acción humana tendiente a paliar o resolver las necesidades de una persona o grupo...) pero si nos referimos a la relación de ayuda que se establece entre la enfermera y el paciente, yo la definiría como estar al lado del enfermo por y para él. Estar al lado porque somos enfermeras, las que compartimos el día a día del paciente, por, porque atendemos y cuidamos de ellos y para, porque nuestro objetivo es ayudarle*

en su recuperación” (...) “Todo ello no es tarea fácil, nuestro trabajo no consiste solo en administrar medicaciones y realizar curas. Cada persona afronta la enfermedad y el dolor de distinta manera porque cada uno es único. Cada enfermo sufre un proceso físico y psíquico diferente y la enfermera debe saber actuar según la persona, el momento y la situación. Hay enfermos que demandan escucha, conversaciones. Hay quien quiere saber y quien prefiere dejar hacer, sin preguntar. Los hay resignados, rebeldes ante la situación. Todos esperan que soluciones sus problemas”. (A1) pág.17.

Diario de campo: “*Algo que creo que debo resaltar del día de hoy, es una entrevista que he tenido con la coordinadora de la planta Toñi, dicha entrevista se basaba en un estudio sobre las relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente. Pienso que es un estudio necesario en nuestra profesión, ya que creo que tenemos un gran vacío, respecto a cómo interactuar y establecer una relación terapéutica con el paciente. En las clases de la universidad hacen referencia al término empatía y escucha activa, pero donde verdaderamente yo he experimentado dichas dimensiones de esta profesión, es realizando mi estancia de prácticas. Sobre el papel todo es más fácil, lo difícil es ponerlo en práctica*”. (L1) pág. 24.

Diario de campo: (la alumna L1, realiza una reflexión sobre la empatía, la observación y la escucha activa) “*El ejercicio de la empatía, ponernos en el lugar de los demás, sobre todo en el lugar del paciente que se encuentra en un lugar desconocido para él, posiblemente sin su familia y en un estado no muy óptimo. Nosotros los enfermeros y enfermeras, debemos hacerle su estancia lo más fácil posible mediante el cuidado y el apoyo emocional, ayudándoles todo lo que podamos. Por otro lado, me gustaría resaltar la observación en la actitud de la enfermera. Es muy importante ya que llegar a conseguirla puede facilitar mucho la labor. Entrar a una habitación de un paciente y recordar la postura en la que se encontraba anteriormente, cómo se encuentra, su cara, su aspecto, su posición corporal entre otras cosas. Así mismo la escucha activa del paciente debe ser realizada continuamente, nos da mucha información útil acerca de él*”. (L1) pág. 25-26.

Cuaderno de campo: “*Observo que se produce una variación en la definición de relación de ayuda. Los alumnos emplean términos similares a los que expresaban en un principio en la entrevista, pero en su diario de campo los alumnos dan forma a estos conceptos, ya que los han completado y organizado. Considero que la definición que aportan en el diario de campo con respecto al día de la entrevista está más elaborada, pero he de señalar que no detecto que se haya producido en ellos un cambio significativo con respecto a sus actitudes en el día a día de sus prácticas*” pág. 4.

Nuestra prioridad no es encontrar una definición de ayuda de forma explícita en los argumentos del alumno, sino valorar el movimiento que se ha generado en su interior al mostrar interés hacia la materia. El alumno ha experimentado un cambio favorable al pasar de una definición primaria a una segunda definición, más completa y elaborada, que le conduce a la reflexión y al autoaprendizaje.

Pese a considerar que no puede existir un interés de base sobre la competencia relacional, puesto que el alumno no conoce o no define completamente el término, observamos que busca el significado de la palabra ayuda y eso denota además de interés y curiosidad por el término, que la entrevista ha movido algo en su interior para realizar esa búsqueda. Observamos que el alumno reconoce la importancia de la materia relacional y, en consecuencia, la ve necesaria para la práctica profesional.

Entre las competencias exigidas en el plan de Bolonia, cabe destacar las interpersonales (habilidades individuales en expresión, crítica, destreza social, relación interpersonal, trabajo en equipo...) (Seva, 2009).

Según la literatura consultada, los estudiantes resaltan la importancia de integrar aspectos de formación humana en la formación profesional, lo cual establece la diferencia para el ejercicio profesional. En efecto, este es un aspecto que también mencionan los docentes y que pone de manifiesto la importancia de su inclusión en la formación (Cuellar y Sánchez, 2010).

7.4.2.-Apreciación del alumno sobre su competencia relacional

Nuestro objetivo en esta subcategoría es detectar si el alumno tiene o no un sentimiento de incompetencia al mencionar frases que hacen referencia a lo que siente y percibe sobre esta, así como detectar si muestra el interés por la misma. Por tanto, los sentimientos que exprese ante su incompetencia son los que nos van a dar pistas del interés que tiene o que se plantea tener. Si se siente competente no va a mostrar interés, puesto que no existe la carencia para él. No obstante, puede que esto suceda si le mostramos su incompetencia, mediante los resultados del estilo relacional o del grado de empatía que ha mantenido en el role-playing, como resultado del análisis de las categorías anteriores.

Puede que el alumno se sienta competente pero que sea una falsa competencia, es decir, que realmente no sea competente en las relaciones interpersonales. Entonces estamos hablando de una competencia aparente, fruto del desconocimiento. El alumno vive en una especie de ilusión sobre su competencia.

Diario de campo: “*Una mujer operada de histerectomía siente muchas molestias en el abdomen, yo la he escuchado, y se ha puesto a llorar y la he tranquilizado diciéndole que las molestias desaparecerán. Ha sido una situación complicada porque quería intentar que viese que gracias a esa operación ella iba a tener una mejor vida, y que esa preocupación que tenía solo le iba a afectar negativamente a su recuperación. He salido muy satisfecha de la habitación porque le ha servido de gran ayuda el rato que he pasado con ella*” (L) pág. 4.

El hecho de que el alumno se vea incompetente y considere que puede mejorar, o que puede cambiar esa situación, es motivo suficiente para detectar en él que tiene un interés de base. Que transforme dicho interés en competencia ya es otra cuestión, en la que entran diversos factores, en gran medida personales. La motivación y el interés

deben surgir desde el interior de la persona, son de carácter intrínseco. Sin embargo, pueden presentarse características externas que los faciliten o los potencien. En lo que a esto concierne, los tutores formados tenemos un gran trabajo que hacer.

Entrevista/Role-playing: “*Es que tampoco sabía qué decirle, no sabía cómo abarcar el tema de una forma educada o sin que generase conflicto en ella, tampoco sé cómo explicarlo, la verdad*” (J) pág. 7.

Diario de campo: “*Me he dado cuenta que no es tan fácil como se piensa, hablar con un paciente y saber cómo guiarlo de algún modo para que él se habrá a ti, confíe, y sea capaz de contarte sus preocupaciones, no es una tarea sencilla*” (L1) pág. 25.

Diario de campo: “*Durante el role-playing, me di cuenta de que estaba deseando que terminara, de la misma forma que alguna vez he deseado huir, cuando algún paciente me habla de su enfermedad, o de que ha perdido a algún familiar, por lo que las sensaciones que percibí en ese momento eran de agobio y de necesidad imperiosa de aprender más sobre este tema, para en un futuro mostrarme más seguro al interactuar con un paciente*” (J2) pág. 5.

El alumno dice que se siente vulnerable y hace mención al bloqueo cuando no sabe qué hacer en una determinada situación que requiere habilidades relacionales.

Diario de campo: “*Me he sentido muy vulnerable por la situación que he vivido, cuando le he curado los dedos de los pies y le he hecho un lavado vesical. Pues tenía un dolor muy fuerte en la vejiga también, y me he bloqueado, porque no sabía cómo hacer para poder aliviar esa situación y que psicológicamente se sintiera más tranquilo. Ha sido difícil sobrellevar ese momento y desenvolverme de la manera adecuada*” (...) “*Cada vez que tengo situaciones parecidas a la anterior, me gusta pensar después en cómo podría mejorar o buscar otras formas de animar al paciente y disminuir su preocupación y malestar. Pues considero que aún me faltan habilidades para manejar esas situaciones*”. (L) pág. 19.

Con respecto al interés y a la competencia relacional que posee el alumno, no hemos encontrado bibliografía específica. Pese a ello, la revisión bibliográfica afirma que la competencia relacional es objeto de estudio en la práctica pedagógica en enfermería, revelando que los académicos de enfermería la consideran como esencial para el cuidado de calidad (Lopes, 2014).

La información que buscamos sobre la mayor o menor competencia del alumno, la vamos a encontrar en el role-playing, en lo que se refiere a la competencia percibida y sentida, ya que el alumno responde a la pregunta de “*¿Cómo te sientes?*” y muestra sus sentimientos al finalizar el ejercicio; en el diario de campo o grupo de discusión, en lo que concierne a la competencia que el alumno cree tener, a la que denominamos competencia concebida, la cual el alumno nos va a transmitir por alusiones que haga acerca de su competencia, en la que se ha distanciado a nivel temporal con respecto al momento en que realizó el role-playing; y por último, en el role-playing, la competencia

reflejada, que se manifiesta tras analizar las categorías anteriores, sobre el estilo relacional y el grado de empatía que tiene el alumno, donde muestra en gran medida el grado de competencia que posee.

7.4.2.1.-Competencia relacional percibida y sentida.

El alumno tiene una percepción inmediata de la relación que ha vivido con el paciente en el role-playing, la cual se traduce como respuesta de lo que siente ante dicha situación y que denominamos competencia relacional. Esta competencia es percibida en relación a lo que sus sentidos perciben y sentida en cuanto a lo que sus sentimientos manifiestan.

El motor que mueve a la competencia relacional sentida son las emociones y los sentimientos, siendo ambos los que nos van a dar a conocer el interés del alumno en materia relacional de una forma más pura, sin apenas haber sido distorsionada su respuesta por la mente.

Entrevista: “*Esta situación con el paciente me ha movido dentro las emociones y los sentimientos*” (C) pág. 5.

Entrevista: “*...pues....es difícil, es difícil tratar en situaciones así y más cuando no estamos preparados...*” (M) pág. 7.

Entrevista: “*Me he visto muy apurado, muy apurado porque...es que no sabía qué decir, en estas situaciones yo no me siento seguro para hablar, es verdad... no me han enseñado a tratar a un paciente con cáncer por ejemplo*” (J2).

Entrevista: “*Bueno me habré sentido alguna vez así en alguna habitación y llega un momento en que no sabes que decir para hacer que esa persona se sienta bien porque los ves que lo están pasando mal a lo mejor, claro... yo nunca he pasado por eso en realidad, es empatía pero hasta cierto punto, no puedes saber, del todo no puedes saber lo que está pasando, ni en la situación en la que esta, sabes que está mal, te lo puedes imaginar pero no lo sabes del todo , entonces te frustras no puedes ayudarlos y ves que lloran delante tuya y se rompen delante tuya porque la gente suele tener una coraza no te dejan ver lo que sienten por así decirlo, la mayoría, y ves que rompen a llorar delante tuya de lo mal que están..., frustra mucho. No puedes ayudarles, muchas veces a lo mejor me darían ganas de darle un abrazo pero me frena... me da... tampoco quiero invadir, ¿me explico?*” (S) pág. 7.

Es preciso ‘sentir’ para ‘aprender’. Partimos de la idea de que diversas emociones atraviesan las prácticas pedagógicas y pueden interferir en nuestras formas de aprender y, además, que la acción de enseñar puede y debe ser mediada a partir de esta constatación (Chabot, 2005).

Aunque no hemos encontrado bibliografía específica sobre las sensaciones del alumno en el momento inmediato a realizar el role-playing, sí hay evidencias de que el role-playing como herramienta permite que, en la simulación de situaciones reales, el

alumno se autoevalúe y saque conclusiones, analizando cuáles han sido las aportaciones y dificultades que ha experimentado (Martínez, 2009).

7.4.2.2.-Competencia relacional concebida.

La competencia relacional concebida es aquella que el alumno procesa tras la experiencia y el pensamiento, alejada de esas emociones y sentimientos derivados del role-playing. El alumno considera que dicha competencia tiene un significado, tiene un perfil en líneas generales, es decir, el alumno tiene una concepción de esa competencia. El motor que mueve la competencia relacional concebida es el pensamiento, lo que el alumno piensa de sí mismo.

En esta subcategoría queremos presentar la concepción del alumno sobre su competencia relacional cuando ha habido un mayor distanciamiento con respecto al ejercicio del role-playing, durante su proceso de aprendizaje. Por ello, tenemos en cuenta lo que el alumno expresa a través de fuentes como el diario de campo o el grupo de discusión, influenciado o no por lo que sintió después del ejercicio del role-playing y en general, con respecto a las relaciones que mantiene con el paciente en sus prácticas clínicas.

Cuando el alumno reflexiona sobre la experiencia vivida en la relación, puede tomar conciencia del grado de competencia que tiene.

Diario de campo: “*La enfermera asociada me propuso un ejercicio para poner en práctica la comunicación y la relación de ayuda hacia un paciente. Mis sensaciones al respecto de este ejercicio fueron un tanto extrañas, puesto que yo notaba mi ignorancia y mi inexperiencia a la hora de hablar con un paciente enfermo o un paciente deprimido*” (J1) pág. 5.

Grupo de discusión: (Sobre cómo se maneja en la relación con el paciente) “...*Ya pero igualmente yo no sé qué decir y sabes que quizás lo que le has dicho está mal... y eso no sabes si les consuela, yo por lo menos no lo sé...*” (S) pág. 8.

Grupo de discusión: (Intentar acoger a la persona) “*intentarlo lo intento...ahora si lo hago bien o no, no lo sé, porque realmente, nos falta una pata en la mesa, en cuanto a habilidades sociales....de, de escucha activa sí, pero más bien ese acercamiento esa empatía que realmente yo creo no la llevamos al 100% como deberíamos llevarla, para la profesión en la que estamos*” (M1) pág. 8.

He de señalar que no todos los alumnos expresan en el diario de campo, lo que consideran con respecto a su competencia relacional. Pero aquellos que reflejan en sus diarios experiencias vividas en la relación con el paciente, van a dar forma al pensamiento y a la reflexión de lo que han experimentado, mostrando a su vez el interés por la materia.

Algunos alumnos se consideran competentes en la competencia concebida, pese a haberse visto incompetentes en la competencia sentida.

Entrevista: “*Me siento en parte... (resopla)...a ver... me ha pasado con algún paciente como que quiero dar más de lo que digo , ¿sabes cómo te lo quiero decir?, es decir, yo digo ¿Cómo estás? ¿Cómo se encuentra?, ¿tiene dolor?, parámetros que hay que tener en cuenta, pero yo el estado de animo de esos pacientes... o sea los comprendo porque yo me pongo en su lugar y yo... lo que digo es que me gustaría llevarlo más a la práctica, el verlos más y el estar ahí tiempo y hacer que se desahoguen porque en parte es lo que muchos necesitan*” (A).

Diario de campo: “*Hemos hecho un “Role playing”. La paciente era una enferma decaida, sin ganas de vivir y yo la enfermera que la trataba, supe qué decirle, cómo mirarla y lo más importante, cómo conseguir que se desahogara*” (A) pág. 12.

En el caso anterior vemos que el alumno no tiene la misma percepción de la competencia sentida y percibida con respecto a la concebida. También he de señalar que esto no es lo común, es decir, si el alumno se siente incompetente tras vivir una situación en la relación con el paciente, lo más normal es que la competencia relacional sentida sea la misma que la que concibe en segunda instancia. En este caso nuestra tarea es hacerle ver la competencia relacional que refleja en el role-playing, para que el alumno tome la posición que le encamine a la competencia.

La literatura que hemos revisado revela que la capacidad de reflexión y pensamiento crítico, las habilidades de comunicación, la búsqueda selectiva de información, así como la capacidad para el aprendizaje autónomo, son competencias necesarias para el desarrollo personal y profesional en el presente siglo (Bardallo et al., 2003).

7.4.2.3.- La competencia relacional reflejada.

La muestra del estilo relacional y el grado de empatía que emplea el alumno en su relación con el paciente durante el role-playing nos va a proporcionar datos objetivos sobre la competencia relacional reflejada por el alumno de tercero de grado de enfermería.

Esta subcategoría es necesaria para que el alumno obtenga un resultado de su competencia, dentro de las actitudes que estamos trabajando en nuestro estudio de investigación. Asimismo, es necesario que sea consciente de los resultados de la misma, ya que si el alumno no obtiene un resultado de su competencia relacional que contraste con el que él percibe, puede permanecer indocto en la materia.

Si la competencia relacional que concibe el alumno no es la reflejada en sus actitudes relacionales y empáticas, se debe trabajar esta carencia, es decir, los resultados de dicha competencia con respecto a la que él considera que tiene y con respecto a la que quiere tener en las relaciones que establece con las personas. En relación a lo expuesto, señalamos el proceso de análisis realizado en uno de los alumnos J1, en el que mostramos las apreciaciones que tiene el alumno sobre su competencia.

Competencia sentida y percibida.

Entrevista: (J1 expresa cómo se siente después de realizar el role-playing) “... bien, bien, o sea yo, hablar con el paciente para mí no supone un problema, sí que a veces en circunstancias cuando la paciente...cuando estás en la habitación con algunos te vas a sentir más...enfrentado....es que no me sale la palabra” (J1) pág. 7.

Competencia concebida.

Diario de campo: “A primera hora tuve una entrevista con la tutora de prácticas, que ha sido muy satisfactoria para mí, para ver el trato interpersonal con el paciente” (J1) pág. 12.

Competencia reflejada.

Cuaderno de campo: “J1 en el análisis del role-playing emplea un estilo relacional participativo al inicio de la relación, pero en el resto de respuestas que el alumno da al paciente utiliza un estilo que es en gran medida paternalista, seguido del autoritario”. Además, el grado de comprensión empática se queda en un nivel II. Por lo que podemos observar que la competencia que refleja J1, se aproxima más a la incompetencia”. Pág. 8.

En este sentido, la concepción que tienen los alumnos sobre su competencia en conjunto puede ser fruto de la negación o la ignorancia con respecto a la competencia, con lo cual sería una percepción errónea. En esta, actúa el pensamiento más que la emoción y lo que siente, cuando da respuestas no empáticas. Si el alumno vive una competencia aparente y no es consciente de su incompetencia, no puede despertar en él el interés ni lo va a activar, si no le mostramos su verdadera competencia.

La competencia reflejada por los alumnos respecto al estilo relacional que emplean con el paciente está basada en el estilo autoritario y paternalista, que mostramos en la 2^a Categoría; por ello hacemos alusión a ellos de forma muy sutil.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que se va a morir y que lo que tiene es malo) “Es que usted no tiene que pensar en todas las cosas malas, tiene que pensar en las cosas buenas, si no a ver...yo tampoco voy a vivir setenta años más, usted tiene que disfrutar lo que le quede, y lo que le quede pasarlo lo mejor posible, y a seguir hacia delante” (J1) pág. 6.

Entrevista/Role-playing: (En relación a la caída del pelo por tratamientos agresivos) “Ojalá todo el problema fuera el pelo, na más! El pelo crece, ¡hombre!” (...) (La paciente dice que es injusto) “¿Y qué es justo? (M1) pág. 3.

Por otro lado también podemos observar, fruto del análisis de la categoría anterior, que la competencia reflejada por el alumno sobre el grado de empatía que este consigue en la relación con el paciente alcanza un nivel III de profundización, siendo muy generosos en el resultado.

Entrevista/Role-playing: “yo estaré cuidándote en todo lo posible y todo lo que necesites tú me lo dices, dolerte va a dolerte, eso está claro, y más una punción lumbar” (L1). 4.

Entrevista/Role-playing: (La paciente dice que está muy aburrida y le gustaría distraerse leyendo un libro, pero no le gusta cualquier libro) “Dice que está aburrida, si con el libro considera que le puede evadir un poquito, relajarle...el que le guste... lo podemos buscar” (M) pág. 6.

Mostrar al alumno dicho resultado puede generar el interés por llegar a otros niveles más avanzados. Pero, desde luego, no conocer el nivel que posee es cerrar la puerta a nuevas perspectivas.

En relación a la enseñanza del alumno sobre el estilo relacional que emplea y el grado de comprensión empática, la literatura revisada indica que para, la elección de estrategias metodológicas que permitan potenciar el desarrollo de otros estilos de aprendizaje, Canalejas (Canalejas et al, 2005) propone que los docentes deberían considerar las características de sus estudiantes.

7.4.3.- El Alumno y la necesidad de Formación en competencia relacional.

Queremos detectar si el alumno considera necesaria la formación en materia relacional. En caso de que el alumno en efecto la considere necesaria, este sería el primer paso para mover el interés en cubrir la carencia de la misma. La afirmación de esta necesidad denota interés en el alumno de cara a la formación, ya que, por lo tanto, está abierto para adquirir actitudes. Si la respuesta es negativa, no se va a detectar un interés de base.

El alumno, tras lo que vive en el role-playing unido a su experiencia en materia relacional, considera que la formación en materia relacional es necesaria. En este sentido, todos los alumnos respondieron afirmativamente.

Entrevista: “Sí, incluso más que formación...yo hablaría de experiencia” (A) pág. 5.

Entrevista: “Sí, la formación, la cultura...en general son básicos, son herramientas para trabajar en la vida”. (A1) pág. 5.

Entrevista: “Creo que es necesaria” (C) Pág. 5.

Entrevista: “Sí, pero pa eso nunca se está ‘preparao’ Toñi. Yo creo que ni aunque lleves 20 años trabajando estás ‘preparao’ pa’ eso” (M1) pág. 4.

El alumno considera que la formación es necesaria. Sin embargo, en los planes oficiales de formación no suelen contemplar el entrenamiento en las habilidades que los profesionales van a tener que utilizar con una altísima frecuencia en su ejercicio profesional para identificar, reconocer, aceptar y canalizar respuestas de alta sobre implicación emocional de los enfermos y sus familiares (Ulla, 2002).

Es importante despertar el interés del alumno por contrastar diferentes modelos y paradigmas, juzgar los principios en los que se apoya y visualizar sus carencias y sus aportaciones más relevantes para la actividad profesional. Se le enseña a establecer vínculos con otros campos, a encontrar posibles aplicaciones en el ámbito profesional y transferir el conocimiento a otros contextos (Bardallo, 2010).

7.4.4.-Referencias en el diario de campo.

Mediante esta subcategoría queremos detectar las referencias que el alumno realiza en el diario de campo, que se centran en la relación que mantiene con el paciente, como muestra de interés en competencia relacional.

El análisis del diario de campo pone de manifiesto que el alumno expresa secuencias en las que describe los procedimientos y técnicas que lleva a cabo en sus prácticas clínicas. No obstante, en la descripción que realiza el alumno no detectamos que dichos procedimientos estén impregnados de un cuidado relacional.

Diario de campo: “*He realizado un sondaje vesical a un paciente y me ha salido muy bien, aprovecho cada técnica para practicar y aprender. Como cada día he tomado las constantes y las glucemias, he administrado las insulinas y las heparinas, después lo he anotado todo en la gráfica*”. (M. D) pág. 15.

Diario de campo: “*lo que he hecho al llegar a la planta hoy, ha sido la toda de constantes a los pacientes que habían ingresados, preparación y administración de la medicación de la tarde y de la cena, así como la realización de glucemias, protocolos de acogida a los nuevos ingresos, junto con la valoración de enfermería de éstos*” (J1) pág. 13.

Diario de campo: “*Curo vías y heridas quirúrgicas, retiro sonda y dos vías centrales. Cambio vendaje a un paciente de trauma ingresado en planta con fractura de cóndilo femoral. Compruebo permeabilidad de catéter a pacientes con nefrectomía*” (...) “*Curar heridas, administrar nuevamente medicación, preparar altas...todo como siempre y siempre distinto*”. (A1) pág. 11

Cuaderno de campo: “*Los alumnos a la hora de confeccionar el diario me indican que no saben qué poner cada día porque siempre es lo mismo*” pág. 6.

Las técnicas y procedimientos son los mismos, el carácter de unicidad se lo da la relación, es decir, la persona que ofrece el cuidado y la persona a quien va dirigido el mismo. El cuidado relacional está alejado de la rutina porque va más allá del procedimiento, abraza la relación. Por ello, cuando los alumnos realizan descripciones en su diario en las que, además de describir los procedimientos dirigidos al paciente, estos tienen nombre y apellidos, los alumnos comienzan a sentir el verdadero destello de la competencia relacional que les conduce a incentivar la escucha, la empatía y todo lo que envuelve a la relación de ayuda. Estas descripciones son las que nos interesa detectar para conocer en esta subcategoría el interés que muestra el alumno en materia relacional, las que introducen la relación como parte del cuidado.

Diario de campo: “Entré a la primera habitación y me sentía segura, firme, conocía el nombre y la patología del paciente, me presenté como estudiante y recibí una amable sonrisa de bienvenida. Procedí a tomarle las constantes y observaba las expresiones del paciente, tras decirle los valores, pude sentir esa alegría, la misma que cada humano siente cuando todo marcha bien. Me fascina dar buenas noticias”. (A) pág. 6.

Diario de campo: “He empezado el día tomando las tensiones y glucemias que habían programadas antes del desayuno, he administrado las unidades de insulina correspondientes a las necesidades de cada paciente y seguidamente lo he anotado todo en las gráficas, cuando hago el recorrido tomando las tensiones me gusta hablar con los pacientes, preguntarles cómo se encuentran y si necesitan algo, esto me ayuda a poder conocerlos un poco más”. (M.D.) pág. 20.

Diario de campo: “Una vez que he conseguido ponerle una sonda vesical al paciente, la verdad que me ha parecido una situación estresante para él. Así que cuando he terminado me he quedado un momento con el paciente y le he dicho que se relajara, que había sido muy valiente y que lo más desagradable ya había pasado, me he sentido mucho mejor conmigo misma haciendo esto, que si me iba y dejaba al paciente nervioso y agitado por el mal momento que había pasado”. (L) pág. 20.

En la búsqueda bibliográfica que hemos realizado cabe señalar que los sentimientos tienen lugar en los aprendizajes y en la educación. Tanto respecto a los contenidos como a los procesos y también en relación con las personas, lugares, tiempo, metodologías y materiales con que aprendemos, experimentamos algunos sentimientos o emociones, para después reflexionar sobre ellos e identificarlos (Martínez, 2009)

Las referencias que el alumno realiza en el diario de campo sobre la relación con el paciente nos muestran el grado en que el alumno trabaja la competencia relacional. Por ello, queremos detectar primero si el alumno hace mención a las relaciones interpersonales y después en qué profundidad interactúa con el paciente. En definitiva, en la medida que el alumno describa, reflexione y/o analice esa relación, va a mostrar un mayor o menor interés por la competencia relacional.

Nos referimos al grado I cuando el alumno realiza una descripción más o menos detallada de la relación que establece con el paciente.

El grado II se caracteriza por la reflexión que el alumno realiza a nivel personal, donde integra la experiencia de lo vivido, en sí mismo, considerando nueva o detenidamente las situaciones que vive para llegar a su autoconocimiento.

Por último, el grado III es el análisis de la relación que permite al alumno distinguir y separar las partes de un todo, para detectar si existe la competencia en las relaciones que lleva a cabo, hasta llegar a conocer sus principios o elementos, con el objetivo de ser competentes en la materia. En este grado III pretendemos detectar si el alumno analiza la relación reflejando en su diario el proceso relacional, a modo de transcripción, información del estilo relacional y del grado de empatía, así como

actitudes que favorecen a la competencia relacional, de las cuales podemos extraer un análisis.

7.4.4.1.-Referencia Descriptiva. Grado I

El alumno describe las situaciones que vive con el paciente pero no reflexiona sobre ellas. Deja reflejada en su diario la narración de un suceso que le ha llamado la atención o le ha parecido interesante.

Diario de campo: “*El turno de ésta mañana ha sido muy entretenido y he salido muy contenta. He ido hablando con cada uno de los pacientes, dándoles los buenos días y tomando las tensiones. Con esto he podido percibir perfectamente en casi todos los pacientes que ha sido una buena acción por mi parte, ya que se ve reflejado en sus caras y en su actitud, la alegría y la comodidad que esto les genera*” (L) pág. 4.

Diario de campo: “*A las cuatro de la mañana, he entrado a las habitaciones a cambiar los sueros, y me he llevado un susto al ver a un paciente que tenía todo el hombro manchado de sangre. Creo haber actuado bien, al no escandalizarme, he salido corriendo y he avisado a mi tutora. Era un conector de la vía central que se le había salido, menudo susto, le hemos cambiado la ropa de la cama y la bata. Creo que el paciente no se ha dado cuenta de la magnitud de la situación, se le ha hecho una analítica para ver su estado, y menos mal que todo estaba bien*”. (S) pág. 29.

Diario de campo: “*Evidentemente la personalidad, evolución y familia de cada paciente es distinta, como diferentes son sus requerimientos y cuidados y a todos atendemos prestándoles atención médica y personal. Hay casos en que la paciencia es una de las herramientas más necesarias para tratar con aquellos que no hacen caso de las instrucciones y recomendaciones que se les da a ellos y a sus familias*” (A1) pág. 8

De forma puntual, hemos encontrado en la revisión bibliográfica que Rivera (Rivera, 2013) realiza su tesis sobre el saber y la experiencia del estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado y deja entrever a modo de descripción en los diarios de campo la relación del alumno con el paciente.

7.4.4.2.- Referencia reflexiva. Grado II.

Además de describir una situación que considera relevante mencionar, el alumno reflexiona sobre ella y la escribe en su diario, de este modo mediante la escritura y el pensamiento la vuelve a procesar, llevándole todo ello a la práctica reflexiva sobre la relación con el paciente.

Diario de campo: “*En la sexta semana de mis prácticas recuerdo que un paciente operado se empeñó en tomarse la medicación que venía tomando antes de operarse, pero nosotros (su tutora y él) le dijimos que debía esperar hasta que se instaurara de nuevo en el tratamiento, el paciente no hizo caso y se la tomó, lo cual le produjo una bajada de tensión. Lo que extraigo de éste suceso y que me sirvió para mejorar fue la discusión, o mejor dicho el debate con el paciente, ya que una vez analizado mis*

errores y puntos de mejora, sé que en una próxima situación similar, la podré abarcar con mayor seguridad” (J2). Pág. 57

Diario de campo: “*He entrado a la habitación de una paciente que días atrás había tratado y curado su herida abdominal postquirúrgica. Es joven y le tenía especial cariño, se encontraba decaída y con fiebre. Mi tutor le retiró el vendaje abdominal y procedimos a curarle de nuevo. Presentaba un quiste de grasa y pus que debíamos extraer a base de constancia. La joven gritaba de dolor cuando mi tutor le apretaba la barriga... yo pararía, ya que me resulta difícil actuar entre llantos, pero es necesario drenarlo todo, como mi tutor lo estaba haciendo. Comprendí la firmeza que requiere, junto con la fuerza emocional, para poder actuar exitosamente, cuando el paciente sufre*” (A) pág. 11.

Diario de campo: “*Hoy he vuelto a hablar con la mujer que tiene cáncer de útero, y se siente molesta, con mareo y dolor de ojos, es una mujer tranquila y siempre me cuenta cualquier cosa que le preocupa, y eso me satisface mucho, pues le gusta que la escuche cuando quiere contarme algo, o decirme aunque sea cómo ha pasado el día. Sé que le da seguridad el hecho de que me preocupe por ella*” (L) pág. 5.

Cuaderno de campo: “*Me planteo en las reflexiones del alumno si es suficiente preocuparse por el paciente, o sería mejor ocuparse, para llevar a cabo una relación que sea de ayuda*”. Pág. 6.

La reflexión aporta beneficios relacionados con la mejora de la práctica y la satisfacción de los profesionales (Page y Meerabeau, 2000) y puede convertirse en una estrategia organizacional para promover el cambio desde la base.

7.4.4.3.-Referencia de análisis. Grado III.

Con esta subcategoría pretendemos saber si el alumno analiza la relación que mantiene con el paciente. Debemos clarificar que, en el apartado anterior, el alumno puede realizar un análisis de sí mismo e incluso de la relación con el paciente, fruto de la reflexión, pero ese análisis es movido a nivel interior. Sin embargo, en este apartado nos interesa el análisis de la relación desde una visión externa, a modo de autoevaluación, con respecto a la competencia relacional. En realidad uno va de la mano del otro; sin embargo, el primero puede darse sin el segundo pero no así a la inversa. Esto es, el alumno no puede analizar la relación que ha mantenido con el paciente desde fuera si previamente no ha reflexionado desde dentro las respuestas que ha dado al paciente.

En nuestro estudio es necesario saber si el alumno analiza la relación que ha mantenido con el paciente, es decir, si se cuestiona a sí mismo cómo ha llevado la situación, si considera que ha habido una relación de ayuda en la que ha empatizado con el paciente y qué frases ha utilizado. Este sería un análisis de la relación sencillo porque para conocer qué estilo relacional ha empleado y qué grado de comprensión empática tiene tendrá que estar formado en ello.

Es complicado que el alumno profundice y llegue a tener en la relación un grado III, pues apenas ha trabajado la competencia relacional.

El alumno llega a verbalizar su incompetencia y a expresarla en la entrevista y en el diario de campo, pero no le hemos ofrecido las herramientas necesarias para salir de ese “no saber qué decir” y poder actuar, llevando a cabo una relación de ayuda.

Entrevista: “*A lo mejor en el momento de que realmente lo estás viviendo se puede expresar de otra forma. No sé, yo creo que en ese momento actuaría así porque tampoco sabría otra cosa que decir*” (L1) pág. 4.

Diario de campo: “*La anécdota triste es entrar a un cuarto y que una paciente te diga, prácticamente sin conocerte, que se encuentra muy sola porque su marido ya murió y sus hijos que viven muy cerca no la visitan mucho...la impotencia de no saber qué hacer o decir en esos casos*”(S) pág. 2

Si el alumno describe, y reflexiona sobre una situación vivida en la relación con el paciente, prepara el material para poder analizar dicha relación, puede transcribirla si realiza un role-playing o si ha utilizado otro medio como la memoria inmediata, tras la secuencia vivida. Por otro lado puede, como vemos en el análisis que llevamos a cabo, redactarla en el diario, siendo este un paso que denota el interés por el alumno. Por eso es tan importante escribir diariamente y a ser posible justo al finalizar la jornada de prácticas, para que la vivencia sea lo más real y permanezca en el alumno en mayor proporción lo que percibe y siente (competencia percibida y sentida), con respecto a lo que su pensamiento procesa y concibe (competencia concebida).

El alumno analiza y no es consciente de ello. Si le orientamos y le ofrecemos las herramientas necesarias, puede llevar a cabo un análisis de la relación desde las premisas que hemos ido ofreciendo a lo largo de este trabajo de investigación. El alumno posee un material valioso en la relación que debe pulir, es el contenido o fragmento de la conversación que redacta en su diario de campo, por lo que debe pulirlo para sacar un producto enriquecedor en su relación, que es el aprendizaje en competencia relacional, el cual constituye para nosotros un material valiosísimo.

Diario de campo: “*Hoy he realizado turno de tarde, y ha comenzado con la administración de un concentrado de hematíes a un paciente. Éste paciente tenía una cara triste y parecía asustado. Mientras se lo he puesto y le he explicado por qué se lo tenía que poner, no me ha hablado, simplemente me ha mirado y ha asentido. Cuando iba a salir de la habitación me he detenido y he pensado: no me puedo ir de aquí sin saber si este paciente quiere contarme algo o tiene alguna preocupación (la alumna tiene una actitud empática). Así que he regresado a su lado, me he sentado en una silla y le he preguntado: ¿Está usted bien?, ¿Le preocupa algo o quiere preguntarme cualquier cosa? (utiliza un estilo participativo-empático con el paciente, pero carecemos de un diálogo en el que podamos valorar que exista una mayor profundización en la empatía). El paciente me ha mirado y ha puesto cara de sorpresa, e inmediatamente ha comenzado a contarme que tenía mucha familia pero que casi*

nadie iba a visitarle, que sus hijos estaban muy ocupados y que su mujer también estaba enferma, y no podía estar con él. También me ha confesado que se aburría enormemente en el hospital, porque era muy activo y le gustaba mucho leer y hablar con la gente de su barrio, y ahora no podía hacer nada de eso y, para colmo, habían trasladado a otra planta a su compañero de habitación y se había quedado solo,. Me he quedado unos instantes callada, pensando que tenía mucha razón, estar en el hospital es un rollo, y le he preguntado si le gustaría leer el periódico (aunque el recurso para evitar el aburrimiento se lo ha dado ella, y no ha salido del paciente, se lo hace ver). Me ha contestado que le encantaría ya que siempre lo leía en el bar con sus amigos, y ya llevaba una semana sin hacerlo. Sin decir más le he dicho que me diese unos minutos, que enseguida volvía. He comprado un periódico y se lo he llevado a la habitación. Se ha puesto tan contento que quería levantarse la cama para darme las gracias. Cuando he salido de la habitación he reflexionado y estaba equivocada al pensar que estaba triste o asustado por la operación, la transfusión de sangre o por todas las pruebas que le habían hecho (tendemos a interpretar cuando percibimos y procesamos aquello que vemos), estaba triste porque se sentía solo y necesitaba hacer alguna actividad (aquí se pone de manifiesto la importancia de clarificar con el paciente, mediante la comunicación llegamos a ello “feedback”), muchas veces los pacientes lo que necesitan es compañía y actividades recreativas con las que ocupar esos largos días de hospitalización” (C) pág. 12.

La alumna reflexiona sobre la relación que ha mantenido con el paciente; en cierto modo, también analiza pero ese análisis es fruto de su reflexión expresada en el diario. No lleva a cabo el análisis que le va a proporcionar la visión y el entrenamiento en la competencia relacional, mediante el que se puede extraer mucha información sobre su competencia. La alumna muestra interés por la materia de las relaciones interpersonales, lo cual se detecta en su diario de campo, en el grupo de discusión y en la entrevista que llevé a cabo con ella. No obstante, para finalizar esta categoría, volvemos a insistir en que tener interés no es suficiente para ser competentes en las relaciones que establecemos con los pacientes.

En la literatura revisada encontramos que Bermejo (Bermejo, 2012), explica que en la experiencia formativa en el campo del counselling utiliza no solo el análisis de los diálogos transcritos de la práctica de los profesionales, sino también analiza los diálogos de los alumnos.

7.5.- CATEGORÍA 5^a: El autoconocimiento.

El autoconocimiento consiste en que el alumno se conozca a sí mismo, en saber quién es, cómo se define y qué es lo que le hace distinto del resto de personas. Consecuentemente, nos interesa su autoconocimiento porque en la medida en que el alumno tenga capacidad para reconocer su identidad y resolver sus conflictos aprendiendo de ellos, así podrá ayudar a que el paciente encuentre su bienestar psíquico, físico y social.

El autoconocimiento lleva al alumno a darse cuenta de qué siente en cada circunstancia, en la relación con el paciente y de cuáles son sus reacciones habituales, de forma que pueda diferenciar entre las que son suyas y las que no le pertenecen, donde la aceptación de sí mismo y el afán de superación son los protagonistas.

En esta categoría abordaremos los elementos que más preocupan al alumno y crean incertidumbre en él, ya que todo lo que le genera indecisión, duda, etc., le puede llevar a sentirse en conflicto. Desde esta perspectiva, el alumno puede fomentar su autoconocimiento y su crecimiento. Al margen de que el alumno pueda considerarse más o menos competente en las relaciones, antes debe mostrarse a sí mismo esa competencia. Los datos que nos llevan a conocer al alumno los vamos a encontrar en los diarios de campo en gran medida, puesto que es donde el alumno expresa sus sentimientos y emociones, de forma que éstos le permiten a éste encontrarse a sí mismo, y a nosotros conocerlo.

Diario de campo: “*Hoy ha sido un día completo en el que he aprendido las técnicas y me he sentido orgullosa conmigo misma. Soy exigente conmigo cuando hago las cosas bien, pero cuando no sé el procedimiento, me siento incapaz de hacerlo*” (...) “*Estas dos mañanas durante las prácticas, he experimentado muchas sensaciones, como persona, me he sentido a gusto e integrada, con nervios a flor de piel, pero segura y decidida a la vez*” (A) pág. 7.

Diario de campo: “*Un enfermero tiene que estar fuerte mentalmente, y preparado para todo tipo de situaciones, a mí... algunas me superan, espero que con el paso del tiempo coja fuerzas para superar... ver algunas cosas*” (M. D.) pág. 21.

En la bibliografía revisada, observamos que es necesario mantener el equilibrio personal a lo largo de la trayectoria profesional enfermera. Exige de trabajo personal y de equipo, potenciado, promovido y facilitado por las organizaciones sanitarias. Se manifiesta toda su potencia en la frase: “cuidarse para cuidar” (Guillen, 2004).

Los requisitos para poder formar a un profesional y para poder realizar una correcta relación terapéutica son: el autoconocimiento, la empatía, el respeto, la observación, la escucha activa y la conciencia de las propias habilidades (Foster et al, 2005).

El entrenamiento y aplicación de unas habilidades sociales sólidas tales como: autoconocimiento, observación, asertividad, empatía, respeto, observación, escucha activa, conciencia de las propias facultades y límites son fundamentales para conseguir el bienestar del paciente (Mqueen, 2009).

7.5.1.-La relación consigo mismo

La relación que uno tiene consigo mismo varía en función de la autoestima, que es la valoración generalmente positiva que cada uno se hace de sí mismo. En la medida que la persona lo permita, también dependerá de la interacción con el medio que le rodea. En nuestra investigación damos a la autoestima del alumno el lugar que se

merece porque para ayudar a los demás, antes debe ayudarse uno a sí mismo. Y para dar valor a los demás, antes una persona debe darse valor a sí misma.

Diario de campo: “*Creo que esa relación terapéutica en muchos casos proviene de casa y de cómo somos psicológicamente. No somos psicólogos pero debemos tratar a las personas a nivel biopsicosocial.*”(A).

Diario de campo: “*Durante el roleplaying me di cuenta de que estaba deseando que terminara, de la misma forma que alguna vez he deseado huir cuando algún paciente me habla de su enfermedad o de que ha perdido a algún familiar, por lo que las sensaciones que percibí en ese momento eran de agobio y de necesidad imperiosa, de aprender más sobre este tema, para en un futuro... mostrarme más seguro al interactuar con un paciente*” (J1). Pág. 4.

En la relación consigo mismo, el alumno, ante situaciones similares a las que él vive o ha vivido, relaciona su historia personal con la relación que vive con el paciente, de forma que se siente identificado, produciéndose en él la empatía de la experiencia.

Entrevista: “*Cuando estás en un hospital estás viendo tu historia, historia familiar... yo tenía una hermana con esclerosis múltiple, y entonces claro estuve haciendo las prácticas en rayos y vi una chica con esclerosis múltiple, joven también y... uff y entonces claro cuando me dijo... y esto cómo va a evolucionar y yo me lo calle porque yo por mi experiencia no le iba a decir... no, yo mi hermana entro con 19 y con 23 se murió*” (J1) pág. 2.

Diario de campo: “*Al repartir la medicación me he quedado hablando con un paciente diagnosticado de pie diabético, con diabetes mellitus tipo I. 'Yo soy diabética desde los 11 años', le dije, y estuvimos dialogando un largo rato sobre las dietas a seguir y el ejercicio. Le di consejos, actuaciones que me habían servido para mejorar las glucemias. Ambos nos escuchábamos y sabíamos de lo que hablábamos*” (...) “*Me sentía muy profesional, actuaba en todo momento con seguridad, pero me sentía muy cansada estos últimos tres días con alguna que otra hipoglucemia sufrida, pero a gusto, sin ninguna complicación y muy contenta con la planta sexta izquierda*” (A) pág. 9.

Diario de campo: “*He tenido una conversación con un paciente que me ha comentado que tras la ruptura de su relación de pareja decidió abandonarse en todos los sentidos, incluyendo el cuidado de su salud. Me he sentido identificada con el paciente, ya que yo pasé por una situación parecida así que ambos hemos llegado a la conclusión de que es mejor mantener nuestra salud en buen estado, a ponerla en peligro y después intentar repararla.*” (C) pág. 1.

Considero que no podemos disociar al profesional de la persona que llevamos dentro. Por ello, es fundamental el autoconocimiento, para ayudarnos a nosotros mismos a comprendernos, a comprender nuestras emociones y sentimientos, aceptándolos para estar en armonía y así poder armonizar las relaciones que mantenemos con los demás.

Diario de campo: “*Ha habido una paciente que me ha recordado mucho a mi abuela y me ha emocionado gratamente, he ayudado a la auxiliar a asearla y a levantarla de la cama. Le he preguntado qué edad tenía y me ha dicho que 90 años. En verdad me ha transmitido mucha tranquilidad*” (L) pág. 23.

Diario de campo: “*El jueves vino una paciente a la que ya habían operado varias veces por metástasis, y como estuvo un buen rato en la sala de preanestesia, lo pasé hablando con ella. Sé que tengo que aprender a que las cosas de los pacientes no me afecten más de lo necesario, pero en esta ocasión, entre lo mal que se encontraba la paciente, y lo que me recordaba a mi abuela que murió de cáncer, no pude evitar tener que ir al baño, y llorar un rato. Es muy duro en ocasiones el trabajo enfermero desde el punto de vista psicológico. Lo que me ayuda es pensar que estamos ayudando y haciendo todo lo posible porque se sientan mejor. Hay algunos que vienen solamente a echar la jornada y a irse, pero sin la menor empatía con el paciente, ni por los familiares. Sin embargo hay otros profesionales, a los que espero pertenecer cuando desempeñe la profesión, que se implican, que les gusta su profesión, que se preocupan, y que estoy seguro que cada vez serán mejores personas y profesionales*” (M1) pág. 5.

Según la bibliografía consultada, para el alumno es fácil comprender al paciente mediante la empatía de la experiencia, por haber pasado por la misma, o una situación similar (Wong citado por Bermejo, 2012).

La transformación actual de la educación superior está orientada hacia la competitividad y a dar respuesta a las demandas de la calidad, para lo cual se requiere satisfacer las necesidades del desarrollo social, científico, tecnológico, cultural y humano. En este sentido, el hombre, como actor transformador de su entorno, requiere de la educación para comprenderse a sí mismo (sus facultades intelectuales, morales y físicas) y enfrentar con éxito los retos que su medio le exige en las diferentes circunstancias de la vida. (Franco, 2005).

7.5.1.1.-El rol de estudiante

El estudiante, en sus prácticas, tiene una concepción de su persona vinculada al rol que desempeña, es decir, pertenece a un grupo con un perfil categórico, el de ser estudiante de enfermería de 3º de grado. Esto conlleva que desempeñe un rol determinado y que sus sensaciones y percepciones estén en función del mismo.

Diario de campo: (cuarto día de prácticas de la alumna) “*Mis sensaciones en el día de hoy van mejorando, me siento más útil, ya voy preparando la medicación y administrándola y los nervios van bajando*” (J1) pág. 2.

Un estudiante de enfermería debe aprender técnicas y procedimientos para que, mediante la experiencia, consiga la destreza necesaria que le aporte competencia en todo aquello que le lleva a ser un experto dentro de su profesión. A los pacientes a veces esto les puede crear inseguridad.

Diario de campo: “*Un paciente al que iba a administrarle la insulina me ha preguntado que si yo era estudiante, de qué curso era, si yo sabía bien lo que estaba haciendo... he notado que me estaba transmitiendo su inseguridad, no estaba seguro de dejar que yo le pusiera la insulina. Me he puesto en su lugar rápidamente y he pensado que, seguramente yo reaccionaría de la misma manera que él, ya que poner nuestra salud en manos de otras personas no es fácil. No lo es cuando esas personas son profesionales con muchos o pocos años de experiencia*” (C) pág.

Diario de campo: “*A una mujer había que ponerle hierro intravenoso y ha perdido la vía periférica. Por petición de la paciente la vía nueva se la ha cogido mi tutora*”. (S) pág. 9.

Los pacientes y familiares se sienten inseguros en algunas ocasiones, cuando les explicamos y razonamos nuestro punto de vista y la base de lo que vamos a hacer. Puede que acojan nuestra forma de proceder y se dejen cuidar como consideramos que es oportuno, pero a veces insisten en su forma de ver las cosas. En este caso, la sensación del alumno es que el paciente no confía en él.

Diario de campo: “*La anécdota mala del día es que la hija de un paciente, además de notarse que no confía en nosotras, nos dice cómo hacer las cosas, al explicarle que las gafas nasales se ponía a 2-4 litros, me ha dicho que no, que a 2 litros, nada de 4. A otra compañera estudiante le ha dicho que no hiciera una cosa, que ya la hacía ella*” (S) pág. 8.

Diario de campo: “*Hoy tengo que resaltar lo que me ha sucedido, mi tutora me ha mandado poner una vía a una chica, y cuando he llegado a la habitación, me ha dicho la paciente que yo no le pusiera la vía, que viniese otra persona, esta situación me ha incomodado mucho, yo he sido amable en todo momento y he salido de la habitación para decírselo a mi tutora, supongo que no ha querido por ser alumna en prácticas y no fiarse de mí*” (M. D.) pág. 29.

Cuando se trata de llevar a cabo técnicas más o menos invasivas, aparece esta inseguridad en el paciente por miedo a la inexperiencia del estudiante. En este sentido, en la literatura revisada encontramos que los estudiantes de enfermería en esta fase de su formación poseen un concepto de cuidar muy centrado en la ejecución de tareas y técnicas de enfermería en vez de en la científicidad del Saber. Sin embargo, en el ámbito del Saber Hacer Relacional, los alumnos consideran que es importante el desarrollo de habilidades en relación de ayuda y de habilidades comunicacionales en el ámbito del saber ser (Correia, 2012).

A diferencia de un cuidado centrado en las técnicas y procedimientos y alejado de la relación, debemos señalar que se trata de cuidar la relación y de estar al lado del paciente con la intención de acogerle, siendo más o menos competente en las relaciones, solamente con la presencia, el paciente agradece ese gesto.

Grupo de discusión: “*He estado en preanestesia, y he aprendido mucho en preanestesia y también los pacientes se dan cuenta de que los estudiantes tenemos una labor muy importante en la relación con el paciente*” (...) “*Ella me contó todos sus problemas... que tenía muchos, estaba muy sola y nada... y yo la escuchaba, justo una semana antes estuvo ingresada en el hospital por un problema que tenía... y creo que se sintió consolada en esa parte, porque vio que yo intenté ponerme en su situación y estuve ahí con ella y le confortó esa charla*” (C) pág. 9.

Grupo de discusión: “*Otra cosa que no nos damos cuenta es que a veces creemos que los pacientes no nos escuchan, o que no nos ven y están pendientes, porque había un señor que estaba en parada cardíaca y estaba todo el mundo corriendo, estaban allí todos intentando cogerle una vía, y allí con el carro de parada, levanta la cabeza y me mirayo no sé que... y al día siguiente me dio las gracias, y me dijo oye muchas gracias que ayer vi lo que te preocupaste y corriste de un lado a otro, y pensé cómo se va a dar cuenta si estaba pegando botes, cómo se ha acordado de mí. Y claro te das cuenta de la labor que haces, y eso que somos “la última mierda” entre comillas claro, que estamos aquí un poco de... corre, ve y dile... de hacer y ayudar en lo que podemos. Y aun así te das cuenta no se...que con un granito de arena que pones vale para algo...y eso es lo que te hace que vengas mañana con más gana*”. (M1) Pág.

Desde nuestra perspectiva, si además de que el alumno esté presente, escucha al paciente, este se sentirá más acogido. Si además de estar presente y de escucharle, el alumno le hace ver que le comprende, entonces estamos sumergiéndonos en planos más profundos de la relación. Conforme el alumno profundice en la relación en el estilo relacional que utiliza y en el grado de empatía al que llega, el paciente va a poder encontrar en la ayuda prestada un alivio en su conflicto y el alumno llevará a cabo un cuidado relacional.

Según la literatura consultada, los alumnos reflejan una percepción elevada de estrés durante las prácticas clínicas, siendo “la falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre”, “contacto con el sufrimiento” y “dañarse en la relación con el enfermo” los ítems más destacados (Cobo et al., 2010). Además, la capacidad personal del alumno tiene una gran relevancia en su realización personal y profesionales y el entrenamiento tiene una gran utilidad, así como su inclusión en programas de enseñanza (Falcone, 2000 citado por Correia et al., 2012).

7.5.1.2.-El rol de enfermero

El alumno tiene una concepción de cómo le gustaría ser cuando sea enfermero, por ello en esta subcategoría es tan importante el rol del enfermero, puesto que el alumno se va construyendo con los patrones y valores que posee, completando el perfil que desea tener con aquello que observa en los tutores, en los maestros y en la propia relación interpersonal.

Diario de campo: “*Hoy tengo otra tutora, esto de tener otro tutor me ha permitido ver otra forma de trabajar, y he podido observar que aunque trabajen en la misma planta*

realizando las mismas tareas, cada uno tiene su propia manera de hacer las cosas, yo intento quedarme con lo mejor de cada uno” (M. D.) pág. 25.

Las reflexiones del alumno sobre el enfermero que quiere llegar a ser nos ofrecen los elementos que ellos valoran para ejercer la profesión.

Diario de campo: “*El primer día que llegué a las prácticas, me preguntaron que por qué quería ser enfermera. En ese momento dije que me gusta el trato con las personas y ver cómo día a día mejoran, gracias a un poquito de tu ayuda. Aunque también haya momentos muy duros, momentos que me superaron, en los que no supe cómo reaccionar, sé que no di de mí lo que se me pidió, situaciones que me crearon mucha impotencia. Sé que, aunque estas situaciones seguirán dándose, aprenderé a sobrellevarlas, a solucionar las que tengan solución. Aprenderé y mejoraré, pero sé que la enfermería es lo mío, no querría perderme por nada del mundo el momento en que un paciente se abre a ti, te da la mano y te da las gracias, por lo que haces por él, o simplemente una sonrisa o un gesto. Me encanta ésta profesión, y espero dedicarme a ella siempre*” (S) pág. 30.

Diario de campo: “*Un error en el tratamiento médico fue subsanado por mi tutora. Con esto quiero mostrar que aunque parezca que enfermería solo se limita a seguir las indicaciones del médico, para nada es así. Si mi tutora se hubiera limitado a seguir esas indicaciones, algo fatal hubiera pasado. Si se cree que algo, lo más mínimo, no es correcto, aunque sean órdenes médicas, se debe comprobar hasta que esté todo en orden. A veces se cometan errores inconscientemente, y de eso no nos escapamos nadie, somos personas y las personas se equivocan independientemente de su rol laboral*” (L1) pág. 21.

Diario de campo: “*Todavía me queda por recorrer un camino muy largo para considerarme enfermera pero, como todo camino está hecho de pasos, esta tarde un paso más en el camino*” (A1) pág. 2.

La literatura consultada afirma que la base de la capacidad profesional en enfermería está, en primer lugar, en las calidades personales del enfermero, en la personalidad del enfermero, que es determinante para la adquisición de formación y experiencia (Phaneuf, 2005).

La percepción de los alumnos sobre su rol profesional coincide con las cualidades y valores que debe regir la práctica de la profesión, como persona que trabaja con y para seres humanos (Aguirre, 2006).

7.5.1.3.-La línea personal y profesional.

La línea que separa lo profesional de lo personal es muy fina, incluso podríamos afirmar que apenas existe. Para nosotros, es fundamental que el alumno sepa delimitar y, al mismo tiempo, fusionar ambas partes para que el equilibrio entre las dos suponga para el alumno una manera de proceder en la que se adquiera la competencia relacional.

Grupo de discusión: “*No sé si es conveniente pero a veces es muy difícil dejar aquí las cosas. Porque vas a casa y estas cenando a lo mejor, y estás pensando... pues jolines esta situación... si te ha afectado lo del hospital, por lo menos yo cuando salía por la puerta, sabía que parte se iba conmigo. Parte lo dejaba aquí cuando me quitaba el uniforme y se quedaba dentro pero otra parte se iba conmigo, iba de camino a casa... iba pensando en ello, llegaba y yo se lo contaba a mis compañeros de piso*” (C) pág. 10.

Grupo de discusión: “*Yo creo que habría que hacer más hincapié, en dejar los problemas que traes en la taquilla, no al revés*” (A) pág. 10,

Diario de campo: “*Para mí es una gran satisfacción personal ayudar a una persona a recuperar su independencia, su bienestar, aunque también habrá pérdidas, y esto es lo que te hará saber que ante todo hay que saber diferenciar lo personal de lo profesional, y saber que al ponerte tu uniforme de trabajo, tus problemas se quedan en casa y al quitártelo, de igual modo, se quedan en el vestuario*”. (L1) pág. 26.

En ese sentido, las actitudes de la empatía y la ecpatía cualifican al alumno para ser competente en la relación.

Diario de campo: “*Estoy aprendiendo que aparte de las técnicas y los procedimientos, que con un poco de entrenamiento, casi cualquier persona puede realizarlos, el buen enfermero va mucho más allá. No pienso que cualquier persona esté capacitada para ésta dura labor diaria. Recuerdo ahora mis primeras clases de enfermería, mi primer contacto en la facultad, en la que aparecía por todos lados la palabra empatía. Jamás pensé que dicha palabra tuviese una amplitud tan extensa. Y bajo mi opinión personal, la gran dificultad que atañe el diferenciarla con una especie de escudo invisible que tienes que crearte para poder seguir dando fuerza al paciente, seguir ayudándolo, cuidándolo, y no hundirte con él*” (M1) pág. 6.

En la revisión bibliográfica se conceptualiza el término empatía, su origen y fundamentos filosóficos y psicológicos, su importancia en todos los ámbitos de la vida diaria, como generadora y transformadora de nuestras acciones y como un sentimiento fundamental de la relación entre una enfermera y su paciente. Se enfatiza la necesidad de identificar nuestra capacidad de empatizar como un talento personal y perfectible a través de nuestra preparación académica y reforzada con la experiencia profesional, (Cardona y García, 2010).

Por otro lado la ecpatía es el arte positivo de compensar la empatía sanamente, regulando el grado de implicación emocional con el otro (Bermejo, 2012).

En la relación, la fase de separación es muy importante para evitar el temido *burn-out*. Esto es, se trata de apartarse de la implicación sentimental manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa (Hurtado, 2004).

Hay una serie de situaciones y pensamientos que pueden provocar en nosotros sentimientos de impotencia, decepción, tristeza, etc., dando lugar al síndrome *burn-out*. Por ejemplo, cuando nos llevamos los problemas a casa o bien los depositamos en el trabajo, cuando nos sentimos con rabia ante la injusticia de algunas situaciones y la impotencia que ello conlleva o incluso cuando nos sentimos incompetentes en las relaciones.

Diario de campo: “*Un paciente se está muriendo, está toda su familia con él, hemos dejado de darle la medicación, y tiene toda la intimidad posible...pero yo sigo pensando que morir en un hospital es muy frío y triste*” (...) “*He visto cómo subían de quirófano a coger una vía a una paciente, ella ha sufrido mucho... ¿Es necesario tanto sufrimiento? Y ¿de quién es la culpa?*” (...) “*La tutora me ha reñido en quirófano por no lavarme para instrumentar, quiere que tome la iniciativa, pero que tenía que haber salido de mí. No me gusta que me traten así, encima he quedado de desinteresada cuando no era así...ni mucho menos*” (S) pág. 21.

Diario de campo: “*Hoy estoy muy triste porque he manipulado una vía central sin limpiar la conexión con clorhexidina y lo que más me ha dolido es que cuando me ha visto una de las enfermeras, en vez de decírmelo personalmente a mí, ya que éramos las dos las que estábamos en la habitación con el paciente, se lo dijera a mi tutora. Es un error que cometí y ya no se me va a olvidar nunca*”. (M) pág. 30.

Si la emoción se siente, el pensamiento se expresa, y entonces damos salida a esos sentimientos, convirtiéndolos en palabras, frases como la de M. El hecho de escribirlo en el diario de campo permite a la alumna procesar la situación y revivirla, revivir no para seguir sufriendo con ello, sino para aprender, para despedir ese conflicto y no quedarse ahí atrapada, sino darle su propia solución. Si (M) dice que no lo va a olvidar nunca y cada vez que limpие una conexión le viene ese duro recuerdo, se está lesionando a sí misma, por el contrario si cuando realice esa acción de forma correcta, extrae sentimientos de aprendizaje, como reconocer que lo está haciendo bien, saber que aunque no se lo comunicaron de la mejor manera en su día, fue por la ignorancia de esa enfermera en cómo comunicar sin herir, de modo que la disculpa en esa situación. Al final (M) se enriquece, tanto en su persona como en su profesión.

Cuando se viven situaciones como estas que reflejan los alumnos, una y otra vez, a lo largo de las prácticas y de la profesión enfermera, en la persona comienzan a asomar sentimientos negativos hacia determinadas situaciones, mermando la ilusión y dando paso a la desmotivación. Por ello, es esencial la comunicación, la clarificación de la situación que genera el conflicto. Cuando el alumno vive una situación problemática para él, debe comunicar lo que está viviendo para darle solución, porque si no lo expresa el conflicto se hace más grande y le va inhabilitando cada vez que viva algo similar. Por eso este apartado de la tesis es fundamental. El autoconocimiento es necesario para salir ilesos de estas situaciones, trabajando los problemas y las sombras que de alguna forma nos invaden.

La capacidad profesional es resultado de un conjunto de micro-interacciones: con el propio (interacción intrapersonal), con los otros (interacción interpersonal), con el saber en la relación de interactividad (interacción multidisciplinar), que considerando a las personas como esencia de una organización, su pleno envolvimiento permite que sus habilidades sean utilizadas en beneficio de la propia organización (Rodrigues y Ferreira, 2011).

7.5.1.4.-Los sentimientos en la acogida

La acogida es como la tarjeta de presentación de una persona, el hospital recibe a los alumnos y estos reflejan en sus diarios cómo se sintieron. Para ellos supone la transmisión de las emociones que les invadieron; para nosotros los profesores, supone ponernos en su lugar y acercarnos más a cada uno de ellos para empatizar y así comprenderles y saber cómo dirigir la exposición de la acogida, de cara a la mejora en el próximo curso.

Diario de campo: “*Me he sentido cómoda y a la vez nerviosa, y es que este día hace historia para el alumno de enfermería*” (...) “*Nerviosismo, entusiasmo y dedicación, estas tres palabras podrían definir mi nueva llegada al hospital*” (A1) pág. 1.

Diario de campo: “*yo no pude dormir bien, porque no sería la primera vez que no me suena el despertador una mañana, y no quería que se me hiciese tarde, así que me pasé gran parte de la noche mirando el despertador para que no se me pasase la hora*” (...) “*me encontraba un poco nervioso y preocupado por qué tutor me iba a tocar*” (J) pág. 2.

Diario de campo: “*Nerviosismo, entusiasmo y dedicación, estas tres palabras podrían definir mi nueva llegada al hospital. Después de tener una reunión con nuestra coordinadora de planta en la 6ª derecha*” (L1) pág. 1.

La bibliografía consultada afirma que el factor que influye en el nivel de ansiedad e inseguridad de los estudiantes es la acogida e indica que las alumnas/os en la primera experiencia práctica, requieren de una enfermera/o docente que guie y sitúe el aprendizaje. Utilizan expresiones como temor, miedo, “estar perdida” para expresar cómo se sienten en el primer contacto práctico (Ramírez, 2005).

7.5.1.5.-La estancia el primer día de prácticas.

Los sentimientos del alumno varían en función de cómo vive él las situaciones que acontecen en sus prácticas clínicas. El primer día de comienzo en el hospital el alumno refleja expresiones derivadas de las emociones vividas con una gran carga emotiva, de la que queremos ser partícipes.

Diario de campo: “*Sinceramente hoy venía un poco asustada, porque no sabía qué me iba a encontrar, cómo son las cosas de aquí. Para mí todo es nuevo porque las prácticas el año pasado fueron en otro hospital*” (S) pág. 1.

Diario de campo: “*Hoy ha sido mi primer día de prácticas en la sexta planta, he llegado con fuerzas y ganas por empezar éstas prácticas, me he presentado a mi tutora y me ha explicado algunas cosas básicas, al principio me he sentido insegura y me he visto poco hábil en algunos momentos, ya que llevaba tiempo sin practicarlo*” (L) pág. 1.

Diario de campo: “*Hoy he comenzado oficialmente mi primer día de prácticas. Llegué con muchos nervios, ya que no conocía a mi tutora todavía, pero aun así, las ganas de empezar los superaban, y después de conocerla, me encontraba mucho mejor*”. (L1) pág.1.

Según la literatura consultada, existe una considerable percepción del estrés en los alumnos durante la realización de las prácticas clínicas (López, 2005). Los estudiantes de Enfermería reflejan una percepción elevada de estrés durante las prácticas clínicas, siendo “la falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre”, “contacto con el sufrimiento” y “dañarse en la relación con el enfermo” los ítems más destacados (Cobo et al., 2010).

7.5.1.6.-La estancia durante las prácticas.

El alumno, durante su estancia en las prácticas clínicas, vive una experiencia en la que se producen numerosas sensaciones que requieren un proceso de interiorización. Esas emociones y sentimientos nos llegan de la mano de las técnicas utilizadas en la investigación como son la entrevista, el diario de campo y el grupo de discusión y son esenciales para que el alumno se conozca a sí mismo.

Diario de campo: “*He valorado el trabajo tan sacrificado que tiene un enfermero y la paciencia que hay que tener ante situaciones tan difíciles como esta, me ha dado mucha lástima un hombre que estaba agitado, intentando quitarse la sonda vesical y las vías, y más aún cuando me he enterado de que no tenía familia*” (M. D.) pág. 24.

Diario de campo: “*Durante este periodo de prácticas las sensaciones han ido cambiando. Al principio, el miedo por hacer las cosas mal o no saber contestar las preguntas, eran continuas. Ahora he superado el miedo y me siento útil, puedo hacer y ayudar en las tareas. (...) Éstas prácticas están siendo una experiencia muy positiva, me hacen sentir alegría, satisfacción, han aumentado mis conocimientos. La teoría estudiada en el aula, es solo teoría, la realidad está en la aplicación de ésta*” (A1) pág. 16.

Según la revisión bibliográfica, los alumnos han visto la necesidad de completar el conocimiento teórico de las enfermedades, y de la planificación de los cuidados estandarizados según la metodología enfermera. De forma que los aspectos teóricos y estandarizados se tienen que unir con los aspectos subjetivos de las significaciones y necesidades que presenta la persona enferma. (Carrasco, 2008).

7.5.1.7.-La estancia en la unidad de hospitalización

La unidad de hospitalización tiene una serie de características diferentes respecto a otras unidades, que el alumno refleja en su diario de campo, de las cuales conviene participar para comprender mejor el fenómeno de la investigación.

Entre las características que los alumnos señalan nos encontramos con que consideran que se establece una relación con el paciente, duradera en el tiempo y diferente con respecto a otros servicios.

Diario de campo: “*Estas prácticas las estoy desarrollando en la planta de cirugía general, en la que hay gente naciendo y gente muriendo con todos los estados intermedios posibles. Es como si el hospital fuese un mundo en miniatura, o como si el mundo fuese un hospital muy grande. Hay lugar para todas las emociones, hay momentos para todas las sensaciones, y lo que es el ser humano en toda su grandeza y en sus peores estados, se encuentra aquí, ¿Se nota mucho que hoy no quiero hablar de constantes vitales, vías, medicación y de lo de cada día?*” (C) pág. 6.

El aprendizaje y la experiencia generan en el alumno mayor seguridad y satisfacción en su prácticas hospitalarias.

Diario de campo: “*Cada día me gusta ir más a la planta, cada día voy atrapando en mi conocimiento las distintas intervenciones y la dinámica de la planta la tengo en el bolsillo, la incertidumbre que bañaba todo al principio, va desapareciendo. Cada día me gusta más ésta profesión*” (L1) pág. 10.

Diario de campo: “*Ya que soy inexperta y como consecuencia es fácil equivocarse, agradezco que me expliquen en qué me he equivocado o qué he hecho mal. Me he dado cuenta de que cada paciente es un mundo y que hay que entenderlos para saber lo que siente, tengo que decir que no me importaría trabajar en un futuro en éste servicio, ya que me gusta bastante las tareas que se desarrollan en la planta de hospitalización, y considero que tengo bastante paciencia para realizarlas*” (M.D.) pág. 8.

El alumno refleja en su diario que en el trabajo de planta el trato con el paciente tiene un gran peso.

Diario de campo: “*Tal vez lo más bonito de trabajar en planta es que tienes contacto diario con los pacientes y al final les tomas mucho cariño, me gusta preocuparme por sus necesidades y hacerles saber que pueden contar conmigo para cualquier cosa que necesiten*” (M. D.) pág. 35.

La literatura revisada señala la relación terapéutica como pilar de la profesión enfermera (Vidal et al., 2009). De ahí deriva la importancia de la adquisición de habilidades y actitudes fundamentales a la hora de iniciar una relación de ayuda.

Cuaderno de campo: “*Considero que en la expresión -para cualquier cosa que necesiten-, el alumno se debe plantear, que si la necesidad del paciente entra en*

conflicto con sus valores o actitudes, puede que ya no sea -para lo que necesite-, en éste sentido se conocerá a sí mismo, cuáles son sus límites y sus intereses, y mediante la comunicación, podrá transmitir sin herir y sin sentirse herido, cuando no pueda dar al paciente todo lo que éste necesita". Pág. 9.

Cuidar, pero no a cualquier precio, sino cuidar en toda la extensión de la palabra, de cuidar y cuidarse. La literatura revisada nos habla del cuidado, que es para la enfermería su ethos fundamental, precisa ser coherente con principios, valores y actitudes que hagan de la vida un buen vivir y de la acción un reto a actuar en forma responsable (Frondizi, citado por Badillo et al 2012).

7.5.1.8.-La estancia en la unidad de quirófano

En la unidad de quirófano los sentimientos de los alumnos son diferentes, se sienten inseguros por la condición que conlleva el acto quirúrgico, donde el paciente está desnudo y expuesto en un soporte anatómicamente diseñado para que el cirujano tenga fácil acceso en la intervención. La temperatura es baja, para poder trabajar cómodamente bajo las batas estériles. El ambiente en general puede que se viva de una forma más fría.

Diario de campo: “*Hoy al acabar el turno me siento extraña, el quirófano no es como me lo esperaba y creo que no podría trabajar en ésta unidad, la preanestesia me gusta porque no hay sedación y puedo hablar con los pacientes. No quisiera venirme abajo, así que con más fuerza que nunca me grabaré en la mente soy enfermera y como tal tengo que estar al máximo de mis capacidades y conocimientos, y aprender*” (A) pág. 2.

El alumno dice literalmente que se siente como un estorbo. Este sentimiento está lleno de diversas connotaciones, en las que influyen factores intrínsecos de la persona, como la autoestima, y factores extrínsecos, como la actuación de las personas del entorno con respecto al alumno.

Grupo de discusión: “*pues yo, quería destacar las prácticas en quirófano, en las que los primeros días...me sentía un estorbo, los compañeros me preguntaban qué te pasa y es que yo me sentía que estorbaba*” (A) pág. 4.

Diario de campo: “*Hoy me ha dado la sensación más que otro día, de que los estudiantes molestamos en quirófano. Bueno tanto en quirófano como en la sala donde almuerzan, como en la sala de preanestesia*”(C) pág. 10.

Diario de campo: “*Como reflexión personal, puedo decir que sinceramente prefiero planta que quirófano. Puede influir que estamos pocos días y no nos da tiempo a empaparnos de los conocimientos necesarios, y nos encontramos bastante perdidos durante toda la semana. Entiendo que somos muchos estudiantes de prácticas a lo largo del curso, y que más que ayudar en algunas ocasiones podemos estorbar, pero hay formas y formas de decir las cosas, y en algunas ocasiones me han hecho sentir*

bastante incómoda. Sin embargo entiendo la situación y actitud de cada persona y no le doy más importancia de la que se merece” (L1) pág. 16.

Diario de campo: “*Sinceramente estaba deseando terminar en quirófano, no sé si porque aquí nunca terminaba de estar a gusto o porque en planta estaba demasiado a gusto. Las personas a tu alrededor hacen mucho, y aquí no acabé de sentirme acogida. Solo mi tutora se molestó en hacerme sentir bien y en que aprendiera lo máximo posible. Aun así pienso que no estoy hecha para el quirófano. Lo que a mí me gusta de enfermería es el trato con el paciente, la interacción con ellos, saber cómo se sienten, ver cómo evolucionan, ver cómo mejoran. En quirófano no existe la persona, se centran en arreglar lo que va mal en ella. No sabes como está. Está dormido o sedado, solo tienes los minutos en preanestesia para conocer a la persona. No sabes cómo evoluciona, pues lo despiertan y se lo llevan*”. (S) pág. 23.

El alumno necesita que se le acoja en la unidad donde lleva a cabo sus prácticas, necesita sentirse cuidado independientemente del tiempo que esté.

Grupo de discusión: “*Es muy poco tiempo en el que estamos, pasamos muchísimos alumnos, también eso lo entendemos, y somos conscientes de ello...pero los profesionales de quirófano... también que...igual que yo me pongo en su situación y no me gusta estorbar y estar ahí, ellos deben tener en cuenta que llegamos ahí sin tener idea de nada. Estamos... que vamos a estar siete días, no conocemos a nadie...y que nosotros podemos tener mucha empatía pero ellos también la deben tener con nosotros*” (L) pág. 11.

Diario de campo: “*Me gusta más la planta, aquí no hago más que estorbar, echo de menos a mi tutora de planta, aquí las enfermeras van muy a su bola, mi tutora de quirófano me ha dicho que vaya yo por delante de ellos, que no van a estar pendientes de mí, con mi forma de ser...no sé qué voy a hacer...*” (S) pág. 18.

Aplicándolo a la persona, sea paciente o alumno, la bibliografía revisada expone que el estado de insatisfacción o sufrimiento de la persona le va a dificultar en la consecución de un objetivo o la satisfacción de una necesidad, que son importantes para él (Madrid, 2014).

Por otro lado, en la relación tutor-alumno, se requiere una acogida desde el punto de vista afectivo que ayude al alumno a integrarse, dándole su lugar y valor (Bardallo, 2010).

Los alumnos piensan que en quirófano el trabajo de enfermería es menos humano en cuanto a la calidez que envuelve la relación, incluso señalan que apenas hay relación.

Diario de campo: “*La enfermera en quirófano realiza un trabajo técnico, a veces casi mecánico, y el contacto con el paciente es mínimo. Comprueba que es el paciente programado, lo prepara y realiza sus tareas, pero pierde el contacto con la persona, con sus vivencias, sus miedos*” (A) pág. 5.

Diario de campo: “*La función del enfermero dentro del quirófano es muy distinta de la que realiza en planta, donde se interactúa con el paciente, se mantiene una se llegan a aprender sus gustos y sus miedos...en quirófano se le recibe, pero la función a pie de cama es mínima ya que está dormido por la anestesia en pocos minutos*” (A1) pág. 4.

Diario de campo: “*Lo que más me ha llamado la atención hoy es ver cómo los pacientes que van a ser sometidos a una operación quirúrgica experimentan sentimientos de temor y ansiedad, se encuentran en un ambiente extraño y frío por lo tanto considero que el brindarles apoyo y amabilidad en esos momentos tan difíciles es muy importante, siempre sabiendo que en quirófano el trato con el paciente es muy pobre porque se encuentra dormido*”. (M. D.) pág. 37.

El alumno ve al paciente como secuestrado de su medio. Les causa impresión, por ello observan al paciente y describen la situación.

Diario de campo: “*En cuanto al paciente, me ha impresionado ver en sus rostros el miedo, el nerviosismo y la vulnerabilidad de algunos de ellos. Tienen reacciones dispares. Algunos intentan esconder su nerviosismo a través del humor, otros se muestran totalmente transparentes respecto a su miedo, pero hay que tener en cuenta que debemos apoyar en lo posible e intentar minimizar éste mal trago por el que pasan. Su vulnerabilidad, según mi forma de verlo, empieza en el hecho de que ya se encuentran totalmente desnudos, un escaso paño les cubre su cuerpo, y una vez anestesiados, ellos no saben lo que pasará ni les harán. Tranquilizarles y darles apoyo es una de nuestras funciones principales*” (L1) pág. 17.

La descripción que hacen los alumnos de la unidad quirúrgica es como un servicio en el que el paciente está sedado y solo en preanestesia es donde pueden mantener una conversación con este; por otro lado el paciente está prácticamente desnudo, así las percepciones son diferentes en quirófano con respecto a la unidad de hospitalización.

Sin embargo la relación en preanestesia y en el momento en que el paciente se pone en la mesa quirúrgica es muy intensa, cualquier palabra o cualquier gesto son importantes para el paciente, de forma que sus sentidos y receptores están al cien por cien.

Diario de campo: “*El primer paciente de la mañana había tenido un accidente de moto y se había fracturado la tibia y el peroné en trozos muy pequeños, había que poner clavos y placas e iba a ser una intervención muy larga. Cuando e ido a recibirlle en preanestesia ha pasado algo que me ha hecho pensar. Me he acercado a él junto a una de las enfermeras de quirófano, lo he saludado, le he preguntado cómo se encontraba... y él me ha contestado: ¿Tú eres estudiante, verdad?... le he contestado que sí, y le he preguntado que cómo lo había sabido en tan poco tiempo. Su contestación ha sido muy buena, me ha dicho: Porque eres la única que me ha dado los buenos días, me ha preguntado cómo estoy y me ha mirado a los ojos. He estado pensando en ésta contestación durante toda la mañana, y en cómo este paciente, de esta manera, había*

querido comunicarle a la enfermera que tenía a mi lado, que aunque ella no fuese estudiante, también debería haberle saludado” (C) pág. 10.

Diario de campo: “*Pues yo, quería destacar las prácticas en quirófano en las que los primeros días ...me sentía un estorbo, los compañeros me preguntaban qué te pasa y es que yo me sentía que estorbaba, y todo se remontó cuando vi a una paciente que estaba M conmigo (M. asiente), que llegó y estaba sola y le iban a poner un marcapasos y la mujer pues, decía que no quería vivir, bueno esto lo he reflejado en mi diario ypero bueno que no tenía ganas de vivir, que estaba sola, y que quería morirse, y entonces claro yo estaba en el quirófano de urgencias y como esta operación es en otro quirófano pues pedí permiso para entrar y seguir con la paciente, bueno pues estaban todos los profesionales en el lado izquierdo de la paciente y yo pues me quedé observándola, viendo las constantes, y yo iba informando de la coloración, de cómo estaba ...llevaba anestesia local y la paciente sufrió una asistolia que casi se muere, y fue un momento en el que yo estaba que no sabía cómo responder ante esa situación. Simplemente le cogí la mano y estaba mirándola y avisando al cirujano de lo que pasaba. Y la consiguieron reanimar y entre todo el personal, pregunto por mi nombre, fue una sensación que digo...puedes por favor volver a preguntarlo que no lo entiendo...me dijo cómo te llamas hija mía...y yo me quede... o sea cinco personas dispuestas, viendo como respondía y vamos se dirigió hacia mí... no....y me quedé llorando que se me saltaban las lágrimas que no podía ni hablar... luego me quedé con la paciente hasta que vino la familia” (A) pág. 4.*

Los alumnos en el grupo de discusión mantienen una conversación sobre la importancia de la relación con el paciente en la sala de preanestesia.

Grupo de discusión: “*Yo lo bueno que he sacado de esto es que estabas con el paciente en preanestesia y cogías contacto con el paciente y luego le acompañabas al quirófano” (A) pág. 7.*

Grupo de discusión: “*...y ahí están super-asustados porque están solos, sin familiares...semidesnudos, y están agobiados y a veces se tiraban horas largas, y ahí...sí que nuestra labor era buena porque me acercaba a los pacientes, les hablaba y les tranquilizaba” (M1) pág. 7.*

Grupo de discusión: “*y lo ideal es estar ahí, realmente al paciente le tranquilizaba ver que estábamos con él en preanestesia, y luego pasábamos con él al quirófano, y no todo caras nuevas... que ahora te atiende uno, luego estas con otro... ” (A) pág. 7.*

Grupo de discusión: “*Yo vi a una señora que la vi llorar y le pregunte por qué llora usted, y...estaba llorando del mismo agobio, y me llegó a decir, estoy tapada con una sabanita, que ahora llega uno me pincha en el brazo, que ahora llega otro, le va a destapar, y una hora y media y el paciente ahí solo....” (...) “Y es que lo único que tienes que hacer es pensar sobre lo que te va a pasar, y yo creo que depende de la persona y depende de la intervención porque si te van a operar de un pie no es lo*

mismo si te van a quitar un tumor o algo más serio, esa hora y media se hace larga". (M1) pág. 7.

Centrándonos una vez más en la persona, que es el centro de nuestra atención, debemos proporcionar cuidados de una manera eficiente, oportuna y segura, cumpliéndose así la definición de personal de enfermería de quirófano que según la Association of periOperative Registered Nurses (AORN) StamentCommitte, puede definirse como "Personal que identifica las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la persona y pone en práctica un programa individualizado que coordine los cuidados de enfermería a fin de restablecer o conservar la salud y bienestar del individuo antes, durante y después del acto quirúrgico" (García y Hernández, 2007).

7.5.1.9.-La reflexión final de las prácticas.

Resulta interesante en el autoconocimiento del alumno, y nos ofrece una visión global de las prácticas, la reflexión final que realiza el alumno a modo de despedida.

Diario de campo: "*Estas prácticas han sido formidables, me ha encantado la experiencia. Me he dado cuenta de lo realmente importante, de lo que son los auténticos problemas y que la vida es más bella y simple de lo que imaginamos. He visto personas luchar por vivir con una sonrisa en el hospital y otras que teniendo todo viven malhumoradas en la calle*" (A) pág. 16.

Diario de campo: "*Hoy es mi último día de prácticas. El tiempo ha pasado rápido, quizá porque he disfrutado y me he sentido cómoda con los compañeros, conmigo misma. He aprendido profesionalmente y me he enriquecido personalmente.*" (A1) pág. 20.

La revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo da gran importancia a las prácticas clínicas afirmando que es necesario que la teoría estudiada en la universidad tenga la aplicación adecuada para que exista una mejor práctica profesional (Paván et al, 2007).

7.5.2.-La comunicación interpersonal.

La comunicación interpersonal es un proceso intencional, interactivo y dinámico. Si lo que queremos decir a la otra persona se expresa desde el sentimiento, la sinceridad, el respeto y la educación, las relaciones son más confortables y los encuentros desagradables no se darán o serán mínimos. Por ello, es necesario analizarla dentro de la categoría del autoconocimiento, para que el alumno aprenda y conozca cómo se relaciona con las personas que le rodean en sus prácticas clínicas. La comunicación interpersonal se produce al menos entre dos personas, que pueden ser alumno y paciente, tutor y alumno, alumno y familiar...etc, tantas combinaciones como personas participen del encuentro.

Diario de campo: "*Un hospital está lleno de gente, hay celadores, auxiliares, enfermeras, doctores, pacientes e impacientes... y no podemos olvidarnos nunca de los*

familiares y acompañantes. Seguramente no sea el entorno más confortable para los mismos (...) Una parte del trabajo de enfermería es el trato con todas éstas personas” (C) pág. 7.

Según la revisión bibliográfica podemos decir que el currículum académico de los profesionales de enfermería debería incluir procedimientos que capaciten al sujeto para establecer, mejorar y mantener relaciones interpersonales, con lo que evitaríamos el estrés al que se ve sometido el personal inexperto, además de mejorar su comunicación con el paciente y otros profesionales del equipo sanitario (Marin et al., 2001). La comunicación interpersonal incluye todo el proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción (Cibanal, 2014).

7.5.2.1.-La relación con el paciente

Nuestro trabajo tiene como primer objetivo la relación que el alumno establece con el paciente. Para nosotros es fundamental que el alumno se conozca a sí mismo, para que cuando se ponga en el lugar del paciente pueda comprender mejor ciertas situaciones que a su vez pueden mover en el alumno diferentes emociones, dando lugar a una actuación inadecuada. Por eso, es mejor saber qué es lo que hay en nuestro interior y por qué ciertas situaciones nos producen tanto desasosiego, para desprendernos de lo que nos afecta y, sin interferencias en este sentido, poder establecer una relación de ayuda.

Grupo de discusión: “*una paciente que se me entrecruzó un poco por así decirlo, porque era una paciente con un proceso de demencia que estaba empezando, su cuidador era su marido, y una vez fui a tomarle la tensión que no la conocía y empezó a gritar ¡ay que daño! que daño me haces; hija vete de aquí;.....empezó a decirme cosas que claro a mí me sentaron mal y entonces a lo mejor no me lo tenía que haber tomado así pero me frustró un poco y me hizo enfadarme un poco, claro yo a ella no le dije nada le quité el manguito y dije bueno si le hace daño ...ya está no le tomo la tensión ...y claro a partir de ahí, cada vez que tenía que entrar es como que, me preparaba psicológicamente y decía madre mía que poca gana tengo deentrar aquí y no sé, reaccionaba así, pero bueno, pues poco a poco hacía lo que podía, se lo contaba a mi tutora y me decía tu tranquila, menos mal que tú no tienes que hacerle ninguna cura... en ese momento me enfadé y la tenía como entrecruzada pero bueno...*” (L) pág. 13.

Diario de campo: “*He salido llorando de rehabilitación, una mujer a la que le iban a poner un marcapasos a la que le hice la valoración de enfermería me dijo que estaba triste y decaída, y he sido capaz de mirarle a la cara y decirle que había que luchar, comenzó la intervención, todo iba muy bien hasta que sufrió una asistolia, consiguieron reanimarla y cuando abrió los ojos me miró y me dijo cómo te llamas hija, y que valía mucho y que con esa vocación llegaría lejos. Cinco cirujanos, tres enfermeras, todos ellos profesionales veteranos y lo primero que hizo la mujer fue dirigirse a una estudiante en prácticas*” (A) pág. 3.

Diario de campo: “También he tenido un momento bastante tenso y es que cuando he ido a ver a una paciente con la ginecóloga de guardia se ha derrumbado a llorar, y me he sentido con ganas de empatizar con ella para poder tranquilizarla” (L) pág. 7.

Según la revisión de la literatura, nacemos capaces de ser empáticos, como una aptitud, si bien la actitud empática, como disposición interior, depende de la voluntad y de la formación (Bermejo, 2012).

El alumno le da valor a la relación con el paciente, sabe que es necesaria para un cuidado holístico.

Diario de campo: “Cada caso es distinto, porque cada persona es distinta en sus sentimientos, en la forma de afrontar la enfermedad, de expresarse, de reaccionar con la medicación...y somos las enfermeras, las que estamos ahí para ayudar. Hay veces que una palabra o gesto de cariño proporcionan mayor bienestar al enfermo que un paracetamol. Es un placebo barato y útil”. (A1) pág. 16.

No es suficiente con ser amable y preocuparse por el paciente, es necesario algo más. La empatía va más allá, ya que es una habilidad que nos ayuda a captar y a comprender al paciente, para hacérselo ver.

Diario de campo: “Los pacientes en muchas ocasiones me han expresado su gratitud con palabras y gestos que provocan en mí un sentimiento que me indica que no me he confundido a la hora de escoger esta profesión, intento ser amable y preocuparme por sus necesidades. En especial, la gente mayor me da mucha lástima, ya que algunos diagnósticos son de cáncer y me pongo en su piel en esos momentos tan difíciles” () pág.5.

Según la revisión bibliográfica, cuando una persona queriendo comprender a otra experimenta sus mismas emociones, entonces estamos ante el término simpatía. No es el objetivo de la empatía lograr experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos de la manera lo más ajustada posible (Bermejo, 2012).

El dolor en el paciente lleva al alumno a plantearse cómo calmarlo no solo físicamente, sino también a nivel emocional.

Diario de campo: “Hoy, mientras en un extremo del pasillo un paciente sufría un gran dolor físico en el otro extremo un dolor emocional invadía el espíritu de otro de los pacientes. ¿En qué medida somos capaces de valorar y tratar ambas experiencias?. En cuanto al dolor físico disponemos de medidas, fármacos, para combatirlo y en lo que respecta al emocional... para tratar de aliviar una sensación de estas características, hay que disponer de otro tipo de recursos, recursos humanos. Ante ambas situaciones he tenido la responsabilidad de hacer que ambos pacientes dejasesen de sufrir, y al darme cuenta de que era muy difícil, yo también he sentido dolor. En mayor o menor medida estas dos personas han podido calmar ese sentimiento, una con ayuda de medicación y la segunda con el apoyo y calor de sus seres queridos. Mi ocupación en esta situación ha sido, por un lado, administrar el tratamiento y realizar un

seguimiento de la evolución del dolor y por el otro, mostrar mi disponibilidad y ayuda al paciente, poniendo en conocimiento de sus familiares que en estas circunstancias cuanto más arropado y comprendido se sintiese el paciente mejor se encontraría” (C) pág. 11-12.

Los alumnos de enfermería, por las características de su profesión, van a estar en contacto con el sufrimiento, dolor, invalidez, e incluso la muerte, por lo que están expuestos a mayor cantidad de estresores que otros grupos de estudiantes. Las situaciones de estrés que viven con mayor intensidad se deben a la inseguridad que representa el enfrentarse a situaciones nuevas y al miedo a no saber qué responder, más que a un rasgo de su personalidad (Rodriguez, 2009).

De ello podemos deducir que en la situación que vive el enfermero relacionada con la muerte, lo que se hace más costoso es la relación interpersonal. Aunque se hace referencia a la muerte, la dificultad que se puede plantear desde la perspectiva de la comunicación interpersonal es en todas las situaciones que supongan una dificultad para el paciente. Por lo tanto, es un elemento clave en la formación del alumno la interacción interpersonal (Rodrigues y Ferreira, 2011).

Diario de campo: “*Esta semana mis compañeros y yo tuvimos la ocasión de ver en un paciente el proceso de transición de la vida a la muerte, puesto que su enfermedad y su estado general dejaba entrever que su muerte estaba cerca*” (J2) pág. 5.

La bibliografía consultada hace referencia a que la respuesta de los enfermeros y por tanto del estudiante de enfermería ante la muerte está impregnada de sentimientos tales como impotencia, angustia, sufrimiento, miedo, los cuales interfirieren en la relación que se establece con el enfermo y su familia (Pereira y Alves, 2010).

El paciente a veces está desinformado sobre algo tan importante como su propia salud. Esa falta de información pone de manifiesto que hay un problema en la comunicación o bien el mensaje no ha sido transmitido de la forma correcta, por lo que nos planteamos la importancia de clarificar toda la información.

Diario de campo: “*Un paciente me ha sorprendido cuando antes de entrar a quirófano me ha dicho que no sabía en qué consistía la operación. Me he quedado sin palabras, al poco tiempo los cirujanos fueron resolviéndole las dudas. No pretendo enjuiciar el trabajo de nadie pero el paciente no debería preguntar eso a minutos de ser operado, tiene que saber lo que se le va a hacer en todo momento*” (A) pág. 2.

Cuando la falta de información al paciente es intencionada, hablamos del ocultismo de información. Esta situación genera impotencia en el alumno y no sabe cómo actuar ante ella.

Grupo de discusión: “*Un paciente que a veces estaba desorientado le habían amputado una pierna y la familia no le había dicho nada, pues el paciente cuando llegó al siguiente día, que tenía momentos de lucidez, y empezó a decir y mi pierna que es lo que me ha pasado. Su mujer no le había dicho nada y eso cuando te preguntan a tí, qué*

es lo que me han hecho, esto está claro y a ver qué le decías. Yo me vi ...que intenté hablar con él más o menos tranquilizarlo un poco pero claro yo me vi apartada en la oscuridad, diciendo madre mía, qué le digo” (L) pág. 11.

Diario de campo: “*A medida que hablábamos con el paciente, me he dado cuenta de que éste no era consciente de la enfermedad que padece, probablemente porque su familia habría considerado esa opción como la más correcta. Reflexionando me he dado cuenta de que esta situación le estaba generando mucha angustia y preocupación al paciente... porque se estaba dando cuenta de que sí estaba enfermo y nadie le decía nada. Pensando en éste tema también me ha pasado por la cabeza la pregunta de ¿hasta qué punto es beneficioso para el paciente no conocer la totalidad de su diagnóstico?, en ocasiones la familia cree que es mejor no preocuparle demasiado y finalmente acaban angustiados y atemorizados, ya que no comprenden por qué parecen estar tan enfermos si realmente no tienen nada” (C) pág. 4.*

Diario de campo: “*Tuvimos un caso de una mujer con neoplasia de útero, a la que los cirujanos le dijeron que tenía metástasis en otros órganos, la operaron y al subir la familia le dijeron que todo había salido perfecto y que con quimioterapia se arreglaba todo, la mujer se puso muy contenta porque según ella ya no se iba a morir, cuando los cirujanos conforme abrieron el abdomen, lo cerraron, era una paciente terminal. Es una mujer de 64 años y yo me sentí muy mal porque estaban engañándola, ¿qué derecho tiene la familia a darle esperanza de vida siendo falsa?, ¿qué derecho tienen a mentirle?. Todos hicieron un pacto de silencio. Yo no estoy de acuerdo en esas situaciones, pero realmente, tampoco sé cómo reaccionar”. (M) pág. 39.*

En la literatura consultada podemos observar que todo profesional sanitario que interviene en el proceso asistencial tiene la obligación de informar dentro de sus funciones y competencias, aun existiendo la figura del médico responsable, La Ley hace una apuesta decidida a favor de la autonomía de las personas, de forma que será el propio paciente capaz y libre, y no terceros, quien decida si hace partícipe o no de los datos relativos a su estado de salud a sus familiares o allegados, y no a la inversa. García, 2009).

7.5.2.2.-La relación con la familia

La familia forma parte de la vida del paciente en la mayoría de las ocasiones; la relación con la familia debe ser de apoyo, educación y conciliación. El alumno también se comunica con la familia y establece una relación con las personas que acompañan al paciente.

Diario de campo: “*He podido experimentar lo que sienten los familiares de los enfermos, cuando hemos recibido a un paciente diagnosticado de delirium tremens que insultaba a su hijo de manera agresiva y suspicaz. No había forma de conseguir pincharle una inyección intramuscular, se movía y agitaba. Finalmente lo tranquilicé y mi tutor procedió a pincharle. Tratamos con personas de muchas personalidades: agradables, desagradables, jóvenes, ancianos...que han llevado una buena o mala vida,*

pero hablamos con enfermos que nos necesitan, por muy mala vida que hayan llevado”(A) Pág. 9.

Diario de campo: “*La gran mayoría de los pacientes que llegan para someterse a una intervención están nerviosos, lo cual es normal, pero me ha llamado la atención, que en numerosas ocasiones, son los familiares quienes lo están más*” (A1) pág. 12.

El alumno valora a la familia como parte de la vida del paciente, considera que es importante integrarla en los cuidados.

Diario de campo: “*La familia es el mejor apoyo y compañía que tienen los pacientes durante su estancia en el hospital. Esta mañana he aprendido que formar a los acompañantes del paciente es de vital importancia, ya que la mayoría de éstos recibirán cuidados en su domicilio por parte de su familia*” (...) “*Cuando íbamos a realizar la cura a un paciente que tenía una fistula anal, su familiar nos ha pedido que esperásemos un momento, que salía de la habitación para no molestarnos. Nuestra respuesta ha sido explicarle que no nos molestaba, y que si quería, y el paciente estaba de acuerdo, podía quedarse. Ha sido entonces cuando ha mostrado su preocupación, porque pronto le darían el alta y no sabía cómo podía curar y ayudar al paciente, cuando estuviese en su casa. Así que mientras realizábamos la cura el familiar ha aprendido cómo hacerlo*” (...) “*Para muchos de los pacientes los cuidados no acaban al abandonar el hospital. Es por ello que debemos educar y formar a los familiares de éstos y conseguir que la calidad de los cuidados prestados en el hospital sea continuada con una buena práctica en el domicilio*” (C) pág. 3.

Diario de campo: “*La mayoría de los pacientes prefieren estar acompañados por algún familiar, ya que son personas mayores que se pueden encontrar más seguros en compañía. El familiar le puede recordar algún detalle que al paciente se le escapa, sobre todo en el tema de los medicamentos*” (L1) pág. 3.

Según la literatura revisada, en la mayoría de los casos la familia vive junto al enfermo todo el proceso y evolución de su enfermedad. Acompaña al paciente y traslada los cuidados que realiza en el domicilio al hospital; más tarde, volverá a trasladar estos y nuevos cuidados adquiridos durante la estancia hospitalaria al domicilio (Zomeño, 2015).

El desarrollo de las capacidades humanas, competencias y valores profesionales deben incorporarse a los estudiantes de Enfermería desde los primeros años de sus estudios, tomando mayor relevancia en los escenarios relacionados a la atención de pacientes y familiares (Agramonte y Fairrés, 2010).

7.5.2.3.-La relación con el equipo

Entendiendo equipo como el grupo o conjunto de personas asignadas en su puesto de trabajo de acuerdo a sus habilidades, conocimientos y competencias específicas, para cumplir una determinada meta bajo la conducción de un coordinador. Es importante la visión que tenga el alumno con respecto al equipo con el que trabaja, y

que considere dentro de su escala de valores, cómo concibe al grupo, si es de forma jerárquica o como equipo más heterárquico, dentro de un mismo fin, la salud del paciente.

El alumno debe sentirse integrado con el equipo y reconocido en el rol que desempeña, para partir de una base que fomente su autoestima, por lo que es fundamental el autoconocimiento en su relación con el equipo.

Diario de campo: “*Soy consciente que tratamos a personas que sufren, que tienen dolor y enfermería es la encargada de comprender, valorar e intervenir, pero no solo enfermería, sino también los médicos y las auxiliares... ese equipo profesional del que nos hablan en clase y del que formaremos parte en el futuro. Digo esto porque gracias al trabajo de las auxiliares que midieron la temperatura de ésta paciente, el médico diagnosticó una infección y el enfermero administró el tratamiento, ésta tarde la paciente ha mejorado, gracias al excelente trabajo de todo el equipo*” (A) pág.11.

El trabajo en equipo, competencia transversal destacada en los planes de estudios actuales de las titulaciones universitarias de Grado, se aprende practicándola por medio de discusiones y conversaciones, cooperación, trabajo en grupos, etc. (Fernández et al., 2010).

Si el alumno no se siente integrado en el equipo, si se ha sentido humillado o ha habido una fisura en la relación con alguno de los componentes del equipo, pierde el sentido de pertenencia al mismo y tendrá sentimientos de frustración.

Grupo de discusión: “*yo quiero comentar que me he sentido muy mal en quirófano porque me pasó una cosa y es que mi tutor tenía hambre, y me dijo vamos a desayunar y cogió un bocadillo de los que se ofrecían en el servicio y lo partió por la mitad y me lo dio, entonces entró una persona del servicio y me dijo tu qué haces aquí y lo mire y le sonréí pensando que era una broma y me dice los bocadillos estos no son para los estudiantes, son para el personal fijo, delante de diez personas ...me sentí avergonzado, y le dije lo siento, no lo sabía. Mi tutor me dijo que sentía mucho esa actitud y me pidió perdón*” (M1) pág. .

Grupo de discusión: (en relación al caso anterior) “*A mí me hubiera herido mucho, a parte de la vergüenza... me hubiera herido muchísimo, incluso a lo mejor me hubiera ido y me hubiera puesto a llorar en el baño seguro, que a mí todas esas cosas me afectan mucho*” (L1) pág. 12.

El alumno considera que es fundamental que exista la armonía en el equipo de trabajo, para que ésta favorezca al cuidado del paciente.

Diario de campo: “*Trabajamos en equipo y esto implica relacionarse con muchas personas diferentes durante una cantidad de horas considerable y un gran número de días al mes. Hoy me he dado cuenta de la importancia que tiene mantener una buena relación entre las personas de un mismo equipo, ya que esto determinará en gran medida, la calidad del funcionamiento del mismo*”. (C) pág. 3.

El alumno debe tener en cuenta que la vivencia de lograr la integración al equipo de salud ocurre cuando el estudiante se percibe capaz de integrarse al equipo. Esta percepción se manifiesta cuando el estudiante identifica que no tiene problemas para trabajar con el equipo, cuando consigue participar en las reuniones de trabajo presentando sus ideas y construyendo buenas relaciones con el equipo de trabajo (Vollrath et al, 2011).

El alumno reflexiona sobre la relación entre el buen funcionamiento del equipo y la calidad del cuidado que se presta al paciente, influyendo esta en la salud del mismo.

Diario de campo: “*Ante una situación que ha supuesto cierto estrés, mis compañeras, tutora y auxiliar, han reaccionado de forma desmedida. Este malentendido ha marcado el resto de la jornada y ha terminado, sin que fuese la intención de ninguna de ellas, por influir en la atención de algunos pacientes. Al finalizar el turno ambas han acordado que ésta situación no debería volver a ocurrir, ya que por encima de cualquier diferencia, estaba la calidad de la asistencia prestada*” (C) pág. 3.

Diario de campo: “*La comunicación entre la enfermera y la auxiliar es muy importante para propiciar una mejora de los cuidados a cada paciente. Tanto la enfermera como su auxiliar deben estar al corriente de la evolución y de los posibles cambios en cuanto a tratamiento, cuidados o estado de salud de su paciente. Un trabajo en equipo colaborador, responsable, empático y organizativo aporta múltiples ventajas, no solo para el paciente, sino para todos los profesionales en general*” (...) “ (L1) pág. 9.

La literatura revisada constata que la forma de comunicación establecida entre los diversos sujetos (alumnos, profesores, pacientes) ejerce un papel fundamental en el desarrollo de todo proceso (Cestari y Boureiro, 2005).

Cuando el estudiante se siente aceptado dentro del equipo, su percepción de la experiencia es significativamente diferente. El apoyo es percibido a través de las interacciones con las enfermeras tutoras cuando estas les amparan, dando aporte y fortaleciendo sus conocimientos y habilidades. El reconocimiento es percibido a través de las interacciones con los pacientes, quienes demuestran satisfacción con los cuidados entregados por el estudiante, y también por las interacciones con el equipo de salud, cuando se siente aceptado o integrado como un miembro del equipo (Vollrath et al, 2011).

7.5.2.4.-El tutor y la relación

La relación del alumno con el tutor es una de las piezas fundamentales sobre la que se construye la enseñanza y el aprendizaje durante las prácticas clínicas. La relación de tutor y alumno tiene tanto peso, que puede convertir unas prácticas en una experiencia que se mueve entre un rango de opuestos, es decir, desde ser rica o pobre en conocimientos a satisfactoria o insatisfactoria en sentimientos. El producto de esta

relación se va a volcar en el quehacer y en la práctica de ambos, alumno y tutor y, como consecuencia final, en el paciente.

Para el alumno es importante conocer a su tutor cuanto antes. La primera impresión tiene una gran carga sobre la concepción que tenemos de las personas, ya que en este momento estamos comunicando de algún modo, por nuestros gestos, lenguaje, aspecto exterior...y el alumno quiere quedarse con cualquier dato que le pueda calmar su incertidumbre.

Diario de campo: “*Desafortunadamente en ese momento, mi tutora no se encontraba en la planta, por lo que me he tenido que marchar y volveré otro día que coincida con su turno. La verdad es que hubiera preferido conocerla en un primer momento, ya que va a ser la persona que me va a guiar y enseñar en mi práctica enfermera durante éstos meses. Aun así, espero con impaciencia volver al hospital para comenzar mi estancia de prácticas y conocer al nuevo equipo enfermero que me va a acompañar*” (L1) pág. 1.

Diario de campo: “*A continuación pasaron unas hojas con el nombre de cada tutor que nos correspondía a cada alumno y el rotatorio de quirófano y la planta. Yo cuando descubrí quien era mi tutor, enseguida le pregunté a una amiga que ya había hecho las prácticas en la planta que me había tocado a mí (la sexta izquierda). Me dijo que conocía a mi nuevo tutor y que iba a estar muy a gusto con él. Yo me sentí muy afortunado por lo que me había dicho mi compañera*” (J) pág. 1.

Conocer algún dato del tutor le aporta tranquilidad al alumno, de forma que busca alguna referencia sobre el tutor para que le sirva de guía para tener una concepción del mismo.

Diario de campo: “*La coordinadora de nuestra planta comenzó a hablarnos de los tutores, a mi amiga le dijo que su tutor era muy responsable. A mi amigo que su tutora era muy dulce y cariñosa. Y así con el resto de mis compañeros. A mí me dijo que mi tutor era un gran profesional, pero que le gustaba mucho gastar bromas y a veces me podía sorprender, pero volvió a insistir que era un gran profesional, y además solía dar independencia al estudiante*” (...) “*llegué a la planta y le estaban dando el relevo a mi tutor, fue ahí cuando le conocí, después del relevo como compañeros estaban hablando de la homosexualidad, entonces me hizo una de las preguntas que en ningún momento me hubiese imaginado que me iban a realizar a lo largo de las prácticas. Mi tutor me preguntó si yo era homosexual, yo me quedé alucinado en ese momento y aunque me hubiese gustado contestarle que era un desconocido para mí, que no era algo que pensase que le debiese interesar mucho, le respondí que no lo era. Entonces fue cuando descubrí lo que me habían querido avisar esa misma mañana, así que no le di mayor importancia*”. (...) “*Más tarde comenzamos a preparar la medicación, mientras mi tutor y yo nos íbamos conociendo y me gastaba algunas bromas, pero no molestas*” (J) pág. 2.

Cuaderno de campo: “*Considero que para evitar los prejuicios y dar una visión de una persona que al fin y al cabo puede ser una interpretación, deberíamos clarificar con el tutor y solicitarle, que nos indique alguna cualidad a destacar de él mismo, por un lado y por otro, que nos diga alguna característica/s que valora en el alumno, para que sea a modo de tarjeta de presentación, y que el alumno conozca el perfil de su tutor y a su vez, lo que éste más valora en él*” Pág. 7.

El alumno ve al tutor como la persona que le evalúa, quiere dar una imagen de ser un alumno con interés y busca al máximo la perfección.

Diario de campo: “*Me pasa algo y es que me pongo muy nerviosa cuando estoy por ejemplo fijando una vía con su apósito y entra mi tutor a la habitación. Me cuesta hablar con el paciente cuando estoy acompañada, como si “no fuera yo”. Me preocupa esto pues no ve como soy al 100% de mis capacidades y virtudes. Ojalá dispongamos de una cámara oculta para éstos casos*” (A) pág. 9.

La literatura consultada hace referencia a que los alumnos, por su parte, se posicionan claramente por un perfil de tutor que sea capaz de equilibrar los aspectos emocionales y cognitivos necesarios para lograr un aprendizaje integrado. Valoran, de forma prioritaria, la calidad comunicativa de la interacción establecida, la habilidad del tutor para la escucha y la comprensión empática, el ser reconocidos como sujetos autónomos capaces de autorregularse y de asumir responsabilidades en el proceso tutorial (Bardallo, 2010).

El proceso de aprender es singular para cada ser humano, y lo que facilita el aprendizaje de algunos, puede dificultar el de otros. Así “precisamos conocer la forma de entendimiento del mundo que el alumno trae para poder modificarlo o contribuir para su desarrollo” (Bettancourt et al, 2011).

7.5.2.4.1.-Comunicación con el tutor. El halago.

El alumno necesita apoyo y cuidado desde los afectos, por parte del tutor para sentirse cómodo y a gusto.

Diario de campo: “*Otra vez en planta, mi tutora me recibe con cariño, se interesa por mí y por cómo me ha ido en quirófano y comenzamos. (...) “No he parado en toda la mañana, pero me siento contenta y los nervios han ido desapareciendo poco a poco, estoy a gusto y cómoda con mi tutora, me parece una buena profesional a la que le gusta lo que hace” (...) “He tenido la suerte de encontrar no solo a una buena tutora, sino a una persona humana, con sentimientos, y que me ha intentado explicar todo lo mejor, para que llegue a ser una buena enfermera. Gracias F.” (A1) pág. 2, 6, 20.*

La bibliografía revisada manifiesta que los estudiantes muestran una cierta dependencia afectiva en la interacción con el tutor y otorgan una gran relevancia a la calidez en la relación; los profesionales excepcionalmente se implican a niveles personales y afectivos en la relación con el tutelado, buscando una relación más formalizada, una alianza fuera de sí mismos. No obstante, son conscientes de que

facilitar un clima relacional positivo influye en su motivación para enseñar y en la calidad del aprendizaje. Este clima positivo viene condicionado, la mayoría de las veces, porque el alumno reconozca su autoridad como experto y no cuestione su práctica. (Bardallo, 2010).

7.5.2.4.2.-Comunicación con el tutor. La crítica.

Si un tutor emite un juicio negativo o una crítica no favorable hacia el alumno en presencia o no de otras personas, este se siente abatido y desmotivado. Cuando el alumno se siente herido en su relación con alguien del equipo, puede perder la ilusión y se pone en juego el interés por lo que le rodea.

Diario de campo: "*Me he sentido muy mal en un momento determinado de la tarde, cuando he ido junto con mi tutora, a cambiarle el apósito de la vía a un paciente. No he entendido porqué me ha llamado costurera, cuando he sacado unas tijeras, las cuales son de mi tutora anterior. La verdad es que me he sentido bastante humillada porque he pensado que se estaba riendo de mí, delante de un paciente y sus familiares. Cuando he salido del hospital no he querido sentarme a escribir sobre ésta tarde en éste diario, ya que estaba enfadada, por éste hecho y porque he pensado que quizás yo había dado demasiada importancia a una broma*". (C) pág. 5.

Hay lenguajes que ridiculizan y humillan, subrayando la ignorancia del que llega, la inferioridad del que podría, por el contrario, sentir que cada llegada a un lugar nuevo se convierte en oportunidad de aprendizaje fácil (Bermejo, 2012).

Cuando el alumno se distancia del momento que vive el conflicto, tiene otra visión del mismo, porque toma conciencia de lo que ha vivido, en la que influye en gran medida su pensamiento.

Diario de campo: "...Ahora ya ha pasado un día de eso...y no es que yo le haya dado demasiada importancia, es que es algo que yo nunca haría y no entiendo ese humor tan extraño" (C) pág. 5.

Si la relación del alumno con el tutor se deteriora, se produce un malestar conjunto, del que la comunicación y clarificación del conflicto son la llave para poder posicionarse en el lugar del otro y tratar de comprenderse. En el caso de que no exista esta posibilidad y desde el respeto, a veces la separación es la última solución.

Diario de campo: (En una situación de urgencia la alumna toma las constantes a un paciente, la alumna no lo refleja en la gráfica de constantes) "*El doctor le pregunta a mi tutora cual es la tensión del paciente, tensión que no estaba reflejada en la gráfica de enfermería. Que por un lado no estuviese anotada en la gráfica y por otro no tener conocimiento de la misma, ha hecho que mi tutora reaccionase de forma brusca, advirtiéndome que tenía que hablar conmigo. Me lleva en privado y me dice que mi comportamiento no ha sido el adecuado, por decirlo suavemente, y que si estuviese en sus manos me hubiera suspendido las prácticas en esos mismos instantes. Le he mostrado mi desacuerdo argumentando que como enfermera en prácticas había hecho*

lo correcto con la excepción de no proceder a apuntar la tensión. En esos momentos se pone en entredicho mi capacidad para ejercer como profesional de enfermería, de no muy buenos modos” (C.) pág. 8.

Los sentimientos y emociones que se generan en el tutor y desde nuestra investigación en el alumno son diversos, pudiendo inhabilitarle tanto física como psicológicamente durante las prácticas clínicas y deteriorando la percepción sobre sí mismo.

Diario de campo: “*El resto de la mañana me he encontrado muy mal, incluso como ausente y dicha situación me ha afectado y supongo lo seguirá haciendo durante algún tiempo. (...) después del incidente de ayer hoy he vuelto al hospital con la sensación de no saber cómo afrontar las prácticas. (...) “Cuando he terminado de repartir la medicación me he sentado en el control y he pensado en cómo me estaba afectando éste conflicto a la hora de desarrollar mi trabajo, he pensado en cómo podía sacar de algún modo la rabia que sentía, incluso tengo mucho dolor de cabeza. Esta situación me estaba afectando muy negativamente, pero me ha ayudado a darme cuenta de lo que dicen... que a veces hay que tropezar con algo malo en el camino para darse cuenta de las cosas buenas que nos rodean” (C) pág. 5.*

La forma en que se expresan o reciben esas críticas constituye un elemento que pone en juego la satisfacción de la persona sea alumno o tutor, con las personas que le rodean y su entorno. Si las quejas sobre un alumno que emite el tutor son expresadas de forma que este pueda actuar y remediar, como información muy valiosa para mejorar las cosas, vamos a extraer las potencialidades y no las miserias de la persona. Desarrollar todo su amplio abanico de potencialidades y animarles a sentirse satisfechos con lo que hacen, utilizando la crítica adecuada (Goleman, 2009).

En relación a lo anterior, Mahat (Mahat, 1996) observó que los principales estresores de los estudiantes en las prácticas clínicas tenían que ver con el área interpersonal. Se obtuvieron como resultados que fueron identificados cuatro eventos estresantes: las relaciones interpersonales, las experiencias iniciales, sensación de impotencia y experiencias humillantes.

En líneas generales podemos quedarnos con la siguiente afirmación recogida en la literatura revisada: los estudiantes demandan de sus docentes en las prácticas acompañamiento, explicación de los procedimientos, motivación, confianza y que el docente se ponga en el lugar de ellos. Igualmente, el uso de un lenguaje cálido y familiar, así como iniciar de principiante a experto, de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular, que les permita a los estudiantes disminuir el estrés y entender mejor aquello que ellos quieren aprender a hacer y amar la disciplina (Zambrano et al., 2011).

7.6.- CATEGORÍA 6^a: La formación.

La formación en competencia relacional es la última categoría que cierra el análisis que hemos llevado a cabo. Sin embargo, no es una casualidad que todo converja en la misma, ya que es la necesidad encontrada e investigada donde se apoyan el resto de categorías. Es la categoría que cierra el círculo para que, llegados a este punto, se desarrolle desde la formación este gran proyecto basado en “ser competente en las relaciones”.

En esta categoría nos interesa saber, por un lado, si el alumno piensa que está formado en competencia relacional, justificando su respuesta y, por otro lado, conocer si el alumno considera la formación como parte esencial de su currículum, siendo sus respuestas anotaciones interesantes y susceptibles del análisis.

7.6.1.- El alumno detecta si está formado o no en la relación con el paciente.

La pregunta que realizamos al alumno sobre si piensa que está formado o no en competencia relacional, cuando termina el ejercicio del role-playing y tras haber contestado a cómo se siente, nos proporciona una respuesta fruto de la competencia o incompetencia que haya sentido el alumno después del ejercicio de role-playing.

El alumno considera que no está formado a día de hoy y además tiene un concepto de ayuda en el que menciona que la diferencia de dicha ayuda varía en función de la calidad de la misma.

Entrevista: “*No, yo no me encuentro formado, ni preparado para estas situaciones. También es verdad que cuando alguien te intenta ayudar, aunque no sea muy receptivo, tú lo vas a notar, y tendrás más o menos ayuda pero vas a tener ayuda. Creo que al paciente de alguna manera le sirve, aunque la calidad de ayuda es diferente*”. (J1) pág. 9.

Entrevista: “*Que va...yo creo que no estoy formada, me he visto insegura de decir bueno le voy a contestar esto, que pienso que está bien...pero no me estoy quedando a gusto con lo que le estoy contestando, entonces, si no me estoy quedando a gusto es porque necesito más conocimiento de decir... cómo te puedo tratar...para que tú te sientas bien...no me siento a gusto con lo que le digo*”. (L) pág. 6.

Entrevista: “*Yo creo que no, sí te explican... en la carrera te explican muchas cosas y la mayoría no sirven...o sea, luego vienes aquí y aprendes las técnicas pero aun así... por eso hay gente que puede hacer las técnicas muy bien, pero no sirve como enfermero porque luego a la hora de entrar en una habitación...ves que no sirve*”. (S) pág. 9.

La bibliografía consultada hace referencia a que el estudiante tiene que afrontar nuevas situaciones para las cuales no está suficientemente preparado. Esta falta de preparación también marca el nivel de ansiedad e incertidumbre en los diferentes contextos, por tanto lleva al estudiante a vivir con altos niveles de estrés (Collados y García, 2012). En este sentido, los estudiantes resaltan la importancia de integrar a la

educación profesional aspectos de formación humana, lo que establece la diferencia para el ejercicio profesional (Cuellar y Sánchez, 2010).

Cuando el alumno hace referencia a la formación introduce el término empatía como un elemento necesario para su cualificación y el alumno reconoce que es inherente a la profesión.

Entrevista: “*No creo que esté preparada, intentarlo lo intento...pero... ese acercamiento...esa empatía que realmente, yo creo que no la llevamos al 100% como deberíamos llevarla, para la profesión en la que estamos*”. (M) pág. 8.

Diario de campo: “*En las clases de la universidad te pueden enseñar el significado de la empatía o de la escucha activa, pero no sabes su verdadero significado hasta que no te ves inmerso en ello. No solo en la enfermería sino día tras día, con nuestros familiares, amigos o conocidos. Dicha empatía y escucha activa son necesarias tanto en esta profesión como fuera de ella, en la vida misma*” (L1) pág. 24.

La revisión bibliográfica señala que la “empatía terapéutica” es la actitud que regula el grado de implicación emocional con el paciente, el alumno requiere un proceso de identificación actitudinal y la capacidad de manejar la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, de ahí la importancia del autoconocimiento (Bermejo, 2012). Los resultados de esta investigación apuntan que la mayor necesidad varía en la enseñanza de la teoría y su aplicación para que exista mejor práctica profesional.

7.6.2.-La competencia relacional como parte del currículum universitario.

En esta subcategoría queremos conocer si el alumno considera la formación en competencia relacional como parte de su currículum, siendo un factor importante en su motivación para recibir los conocimientos necesarios en esta materia.

Si el alumno reconoce que no está preparado para llevar a cabo una relación de ayuda, además de sentirse incompetente en la relación establecida en el role-playing, tendrá que cuestionarse la solución a estas afirmaciones que se producen en él.

Entrevista: “*Lo único que yo... durante la carrera he echado en falta que nos enseñen... a comunicarme... así en una enfermedad tan grave y con los familiares con los que nos vamos a relacionar, porque los familiares son los que más preguntan*”. (J) pág. 6.

Cuaderno de campo: “*Observamos que la parte teórica debe ir en consonancia con la práctica, porque lo que el alumno echa en falta es esa congruencia. Debemos reforzar en las prácticas clínicas el aprendizaje teórico y proyectar la teoría hacia la práctica*” pág. 9.

En la revisión bibliográfica se expone que las experiencias y vivencias de la formación práctica son relevantes en el proceso formativo. La formación práctica

recoge las experiencias y vivencias que las enfermeras/os mejor guardan en su memoria, acerca del proceso general de socialización. Reconocen que es una realidad nueva vivida en primera persona, que influye y acelera el proceso de maduración personal. (Ramírez, 2005).

Las relaciones interpersonales requieren un asentamiento en la base del currículum, porque son la esencia de la profesión enfermera, son una asignatura clave para poder trabajar la competencia relacional, de este modo su currículum universitario se completaría.

Entrevista: “*Yo estoy un poco decepcionado con la universidad en el sentido, de que no nos están preparando prácticamente nada para lo que es la práctica, y por eso estoy decepcionado, con la carrera en si, porque tocamos muchos temas pero cuando venimos al hospital...ya no me refiero al tema solo de técnicas o habilidades que tengas para pinchar, sacar sangre, tema medicación...es que venimos muy verdes y me gustaría que en la universidad nos preparasen mejor para trabajar, no solo teóricamente sino lo que es prácticamente nada para lo que es la práctica, y por eso estoy decepcionado*”. (J) pág.

Entrevista: “*Creo que la formación es fundamental, nos ayudaría muchísimo, a mí por lo menos, es necesaria. A veces esa impotencia que siento ante determinadas situaciones, se podría transformar en algo más positivo si nos enseñaran a manejarlos.*” (S) pág. 9.

En relación a lo anterior, la literatura revisada señala que es innegable que la universidad necesita y reclama urgentes, profundas y drásticas reformas. Algunos docentes han sido conscientes de las deficiencias existentes en los planes de estudio, en sus métodos pedagógicos, en sus técnicas didácticas y en sus resultados sociales (Seva, 2009).

Para llevar a cabo el plan de cuidados, el enfermero necesita valorar al paciente mediante una valoración inicial que requiere de una relación y competencia en comunicación. La valoración de enfermería es fundamental para la recogida de información relevante que queda registrada en la historia clínica del paciente según las necesidades de este.

Diario de campo: “*Terminé mis valoraciones de enfermería preguntando si había algo más que debía saber, sabía que había realizado dos completas valoraciones...a partir de ahora he iniciado la relación enfermera-paciente*” (A).

Es fundamental que maticemos que, aunque la valoración de enfermería tiene un gran peso en la relación con el paciente porque nos ayuda a detectar y diagnosticar posibles conflictos, la relación en letras grandes es la que se mantiene con el paciente durante el proceso de hospitalización. Por ello, el alumno debe saber que en cada encuentro con la persona, independientemente de la valoración inicial, se establece una relación.

Por otro lado, hemos observado que alumno realiza la valoración de enfermería de una forma mecánica y centrándose en las preguntas, según la teoría de Dorotea Oren, y siguiendo los patrones de salud de Marjory Gordon.

Diario de campo: “*Le he pedido a mi tutora que me dejara a mí hacer una entrevista, y me he llevado la plantilla, porque soy incapaz de acordarme de todas las preguntas, la paciente era de origen árabe y en un principio he pensado que podría tener problemas para comunicarme con ella debido al idioma, pero entendía perfectamente el español, y ha mostrado una actitud totalmente colaboradora y empática*”. (M) pág. 16.

Diario de campo: “*He hecho tres valoraciones de enfermería, y me he tomado un tiempo en cada una, en explicarle a los pacientes lo que me preguntaban y lo que querían saber. Al principio de las prácticas estaba más insegura con los pacientes, cuando hacía las valoraciones, me ponía nerviosa y nunca me quedaba satisfecha después de hacerlas, porque siempre se me olvidaba algo, y no sabía resolver muchas dudas que les surgía; pero ahora cada vez que hago una me siento mucho mejor, y sin ningún problema de inseguridad por lo que me pregunten*”. (L) pág. 18.

En un estudio realizado por Carvalho (Carvalho et al., 2008) se detectó que la valoración de enfermería presentaba falta de eficacia en las relaciones interpersonales y en la comunicación que establecían con el paciente. Por lo tanto, se obtuvieron como conclusiones que tenemos que trabajar y desarrollar estrategias de relación interpersonal y, de esta manera, realizar una comunicación eficaz entre la enfermera y el paciente, ya que el proceso de comunicación terapéutica es prioritario y esencial en dicha relación.

Por otro lado podemos señalar que para que la enseñanza del proceso de atención de enfermería sea efectiva, se requiere del empleo de diversas estrategias para favorecer su aprendizaje en el alumno, así como de ciertas habilidades por parte de este para aplicarlo durante su formación y posteriormente en su área laboral evitando una fractura entre el saber hacer y el hacer (Franco, 2005).

En cuanto a la proyección hacia el futuro que tiene el alumno sobre la competencia relacional, podemos remarcar que pese a la percepción que este tenga de competencia o incompetencia, piensa que aprender se puede aprender más.

Entrevista: *yo tengo la sensación aunque llevara 20 años, considero que estoy todos los días aprendiendo, con que... fíjate lo que me falta por aprender, yo sé que puedo hacerlo mucho mejor.* (A1) pág 4.

Diario de campo: “*La habilidad en la comunicación para establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad con el paciente, para que este supere sus miedos es otra asignatura para una enfermera. Ser enfermera es algo más que un trabajador con titulación.*” (A1) pág. 15.

La revisión bibliográfica con respecto a la comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente confirma que existe una comunicación enfermero-paciente no expresiva y distante, dando la impresión de que el mensaje no es directo. El paciente

no siente comodidad ni atención por el enfermero sino que, por el contrario, está en un ambiente hospitalario tenso. (Cánovas, 2008).

7.6.3.-El tutor y la formación

El tutor es una pieza básica en la formación del alumno de enfermería, ya que a menudo el alumno lo considera como modelo a seguir. Nos interesa saber qué es lo que piensa el alumno sobre su tutor, qué cualidades admira en él y todo aquello que para el alumno sea importante con respecto a la relación y la formación que recibe.

El alumno tiene un perfil sobre cómo le gustaría que fuese su tutor. Para el alumno es importante que su tutor esté comprometido en su aprendizaje y que exista una buena la relación entre ambos.

Diario de campo: “*Del tutor no sé nada y pienso, cómo nos llevaremos, si tendrá tiempo y paciencia para enseñar, si le gustará...confío en que mis ganas y mi ilusión por aprender le ayuden a hacer más llevaderos éstos días*” (A1) pág. 1.

Grupo de discusión: “*Y ya en cuanto a quirófano y tal, tuve suerte con mi tutora que lo explicaba todo y tal pero era la única que le gustaba la docencia, aunque no fueras su alumno, te lo explicaba todo, pero vamos yo en general he aprendido mucho, con mi tutora gracias a ella, sí...*” (L) pág. 11.

El alumno ve al tutor como un referente, como un modelo a seguir, le observa y puede llegar a sentir admiración por él.

Diario de campo: “*Hay varios ingresos programados, todos vienen nerviosos, preocupados, inseguros y sus familiares, aunque intentan transmitirles tranquilidad, también lo están. Mi tutora habla con ellos, resuelve sus dudas e intenta tranquilizarlos. La observo con atención, pues soy consciente de lo importante que es para el enfermo sentirse seguro en éstos momentos. Lo importante que es una palabra o un gesto de cariño*” (...) “*He observado que mi tutora, una enfermera experimentada, mantiene con el paciente una conducta muy positiva, serena y neutral que hace que la interrelación sea muy eficaz a la hora de afrontar las situaciones*”.(A1) pág. 3/17.

Formarse como tutor precisa de un esfuerzo personal unido a un tiempo y un espacio institucional que solo es posible en un entorno inclusivo, integrador de saberes, un espacio de reconocimiento que contemple la función tutorial como herramienta de aprendizaje y desarrollo personal, profesional y organizativo (Bardallo, 2010).

El alumno se siente agradecido y reconoce que el aprendizaje es más satisfactorio cuando tiene un “buen tutor”.

Diario de campo: “*Me siento agradecida (profundamente), cuando nos topamos con un buen tutor de prácticas que nos explica y/o nos hace sentirnos uno más del equipo. Es ahí cuando verdaderamente disfrutamos y adquirimos experiencia*”. (M. D.) pág. 12.

Las investigaciones revisadas, señalan que la filosofía educativa que sustenta el modelo del acompañamiento del tutor al alumno, trasciende los límites del aprendizaje puramente académico-disciplinar para adentrarse en espacios que tienen que ver con la formación integral del individuo, a través del acompañamiento afectivo- emocional como herramienta de gran valor para el desempeño académico, personal y social del estudiante (Bardallo, 2010).

La motivación

La motivación es esencial para que se genere el interés en el alumno en materia relacional. La falta de competencia se vive como una necesidad que, combinada con los valores, gustos e intenciones del alumno, dan lugar a la motivación y esta, a su vez, a que el alumno tenga las actitudes encaminadas al objetivo que se ha planteado.

El alumno dice sentirse motivado cuando su tutor o alguien del equipo reconocen sus acciones positivamente.

Diario de campo: “*Hoy he estado con una enfermera, que aunque no era mi tutora, me ha dejado que sacara una analítica a mí sola, y conseguí extraer la sangre con éxito. Me ha felicitado y cuando habíamos acabado le ha dicho a mi tutor que era una alumna muy competente y que me pusiera un diez. Da mucho gusto empezar el día así, a las ocho de la mañana dimos el relevo y abandoné el hospital. Hasta luego A, y gracias, me dijo mi tutor, me quedé asombrada...alguien que me enseña me da las gracias...buah;... estoy en una nube de la que no quiero bajar...gracias a ti por formarme*”. (A) pág. 8.

En la revisión literaria vemos que la cualificación técnica del tutor por sí sola no garantiza el aprendizaje del estudiante. Se requiere un clima motivador, una acogida afectivamente integradora que reconozca su alteridad y su valor como mediador en el crecimiento y desarrollo del tutor. Tampoco la formación técnico-profesional específica es una garantía para la correcta trasmisión del legado disciplinar (Bardallo, 2010).

Por otro lado, los estudiantes durante las prácticas demandan de sus docentes acompañamiento, explicación de los procedimientos, motivación, confianza y que el docente se ponga en el lugar de ellos. Igualmente, el uso de un lenguaje cálido y familiar; iniciar de principiante a experto, de lo simple a lo complejo, de lo general a lo particular, que les permita a los estudiantes disminuir el estrés y entender mejor aquello que ellos quieren aprender a hacer y amar la disciplina (Zambrano et al, 2011).

7.6.4.-El tiempo y la formación.

El tiempo es una variable fundamental dentro de la competencia relacional. A veces los profesionales nos excusamos con no poder escuchar al paciente o establecer una relación de ayuda por la falta de tiempo. Desde nuestra investigación consideramos que aprender a organizar el tiempo es un elemento imprescindible en la formación de la competencia relacional.

Diario de campo: “*Aprendí que por muy poco tiempo que se tenga, los enfermeros nunca debemos perder el trato cercano con el paciente, y debemos cubrir todas sus necesidades, ya que esa es el alma de nuestra profesión y nuestra ciencia, no dejar a los cuidados desprovistos de ninguna de sus partes*” (A) pág. 12.

Debo remarcar que en el párrafo anterior la alumna, aunque no lo nombre como tal, hace referencia al cuidado relacional.

En relación al comentario de la alumna, la bibliografía revisada afirma que muchas veces el profesional de enfermería se queja de no disponer de tiempo para desarrollar la escucha y la empatía, pero puede que el paciente solo necesite tres minutos y durante esos tres minutos que se le dediquen, hay que escucharlo con tranquilidad, interés, atención, respeto, sin interrumpirlo ni juzgarlo y dirigiéndose a él de manera empática y con respeto (AIFICC, 2009)

El tiempo relacionado con la prisa por hacer las cosas y salir cuanto antes de la situación vivida, bien porque la persona no disfruta con lo que hace o porque son otros sus intereses, hace que el alumno refleje ciertas situaciones que ha observado.

Diario de campo: “*Después de poner la medicación hemos ayudado a un celador a hacerle una radiografía portátil a un paciente. El celador quería hacerlo tan rápido que movilizaba bruscamente al paciente que acababa de ser intervenido y que tenía dolor en el abdomen. Creo que habría sido más correcto hablar con el paciente y decirle que colaborase, en la medida de lo posible, para moverse hacia un lado u otro, además de esta manera le estás mostrando respeto y lo estás haciendo partícipe. Es un gran error no dejar nuestras prisas en la puerta de cada habitación ya que no son nada beneficiosas para ningún paciente y encima hacer que trabajemos muy poco profesionalmente, y hasta en ocasiones, muy poco humanamente*”. (M.D.) pág. 6.

En un sistema sanitario como el actual en el que impera la tecnología, la aplicación de servicios al mínimo coste, en plantillas reducidas, el tiempo es un factor importante para la comunicación. Paralelamente, se constata que el tiempo es una variable que en algunos casos concretos no es determinante en el proceso de relación persona-enfermera, pues puede ser terapéutica a pesar de ser de corta duración. (García, 2004).

En relación a la gestión del tiempo es necesario que en la relación que mantenemos con el paciente le digamos de cuánto tiempo disponemos (Cibanal, 2014) así el enfermero evita estar nervioso o pensando en lo que tiene que hacer, quitándole capacidad de atención a la relación. Por otro lado, el paciente no se siente descuidado porque se le ha avisado de antemano.

7.6.5.-Herramientas para la formación.

El role-playing, el diario de campo y la entrevista son herramientas de aprendizaje que nos han proporcionado la información esencial para el análisis. Por ello las consideramos imprescindibles dentro de la categoría de la formación.

7.6.5.1.-El role-playing.

Subrayamos el role-playing en nuestro estudio de investigación como la herramienta clave que nos ha dado a conocer cómo el alumno utiliza sus habilidades para llevar a cabo una relación que sea de ayuda para el paciente. Nos hemos apoyado en este ejercicio para obtener como método de enseñanza por parte del tutor y aprendizaje para el alumno, el estilo relacional y el grado de empatía que posee el alumno en la relación con el paciente durante la secuencia de role-playing.

No todos los alumnos se encuentran cómodos llevando a cabo este ejercicio, algunos tienen miedo escénico, a ser grabados en audio o a sentirse observados en video.

Entrevista: “*No sé qué decir, es que a mí los roleplaying no se me dan bien*” (J) Pág. 7.

Cuaderno de campo: “*J no pudo terminar el roleplaying, me explica que se siente...me dice que está bloqueado y que no sabe qué hacer ni decir. Considero que la falta de experiencia en éste tipo de aprendizaje, es un factor que genera miedo e incertidumbre, y cuanto más se exponga el alumno a éstos ejercicios, irá rompiendo su timidez o vergüenza*”. (Pág. 6).

Las investigaciones sugieren que el role-playing como técnica de desarrollo de habilidades, es un ejemplo de espacio para la expresión, emulación de situaciones reales susceptibles de analizar y modificar en un plano imaginativo o virtual, transferible a la realidad en la práctica asistencial (Fernández y González, 2010).

Otros alumnos han utilizado ya el role-playing y agradecen su utilización en las prácticas clínicas.

Diario de campo: *Me ha encantado la entrevista tan emotiva, creo que es una buena forma de conocer personalmente al alumno y que el roleplaying es una buena herramienta de aprendizaje* (A) pag 12.

Con la realización de la entrevista y más concretamente en el role-playing, la capacitación del alumno está centrada en el autoaprendizaje, como proceso de desarrollo personal (Martínez, 2009).

La literatura revisada señala que en el nuevo paradigma educativo existe una necesidad de transformar la evaluación desde el examen tradicional hacia un enfoque de competencias que considere la capacidad del alumno de integrar información, elaborar planes de acción y tomar decisiones. La definición de estrategias de enseñanza-aprendizaje, su aplicación y evaluación suponen todo un reto para los tiempos venideros (Palomino et al, 2005).

7.6.5.2.-El diario de campo

El diario de campo como instrumento de formación que ayuda a la reflexión de la experiencia vivida, invita a expresar de una forma libre y respetuosa lo que el alumno

percibe, siente y piensa. Hemos considerado esta herramienta necesaria para adentrarnos en el mundo del alumno, es decir, en sus prácticas clínicas.

Entrevista: “*Si, yo en el diario de campo lo estoy reflejando todo esto (en la entrevista hace referencia a la reflexión) para... a ver, por ejemplo ayer a ver cómo lo podía mejorar, no se preocupe... yo pienso que eso no se debería decir. Porque no sabes cómo está el paciente*” (A) pág. 5.

Diario de campo: “*Acabo de leer todo el diario y quisiera reflejar la importancia de ésta herramienta para la evaluación subjetiva de los futuros enfermeros y enfermeras que seremos. He querido plasmar todos mis sentimientos acompañados de emociones que he experimentado en mis prácticas, y espero haberlo conseguido. No busco la máxima nota, ni he escrito lo que el lector quiere leer, he redactado todo como lo he vivido*” (A) pág.16 Reflexión final.

Diario de campo: “*Al reflexionar para hacer un comentario final sobre éste día me he dado cuenta de que he comenzado escribiendo que estaba muy frustrada e insegura y que ahora, después de haber pensado mejor en la totalidad del día me siento muy bien. He aprendido una valiosa lección en las diferentes situaciones que me han surgido y estoy orgullosa de ello. Ojalá nunca olvide que ¡hay que hablar con los pacientes!*”. (M.D.) pág. 2.

Cuando los alumnos reflexionan sobre las situaciones que viven y se distancian un poco de los momentos que les generan el movimiento de sus emociones, pueden completar el significado de los conceptos y de este modo asentar las bases que en mayor o menor medida van a ser las que preceden a las actitudes a tomar. Las reflexiones de todo ello, aparecen de forma continuada en el diario de campo.

Diario de campo: “*Siempre me he cuestionado si con el tiempo, todos perdemos un poquito esa empatía innata que tenemos, o deberíamos tener, los enfermeros con los pacientes, me ha dado la sensación de que si ésta noche hubiese habido un poco más de empatía una paciente habría sido mucho mejor atendida, cuidada y tratada, ya no como paciente sino como persona. Espero no perder nunca ese trocito de corazón que se pone en contacto con el corazón de cada persona que me rodea*”. (M. D.) pág. 2.

Cuaderno de campo: “*Los alumnos me preguntan al finalizar la entrevista si deben escribir en el diario todos los días, porque justifican que a veces es siempre igual, les explico que la rutina aparece cuando no se individualiza el cuidado, entonces todos los días parecen iguales, hasta que realmente te das cuenta que no estás viviendo el momento sino la rutina*” Pág. 6.

El diario de campo nos permite analizar datos de los acontecimientos que describe el alumno sobre sus vivencias, que ponen de manifiesto líneas de investigación a seguir.

En nuestro estudio de investigación, el diario de campo muestra la importancia de la relación con el paciente cuando el alumno centra su trabajo, interés e ilusión en las

técnicas y procedimientos, dejando a un lado el cuidado relacional sin percibir que va todo integrado. En el diario de campo es en donde aparece la rutina en las descripciones que realiza de los cuidados que ofrece, donde esta abandera el cuidado, frente a un cuidado único y hacia la persona, que manifiesta que cada cuidado es diferente.

El diario de campo es una herramienta que nos ofrece la posibilidad de que el alumno registre los datos que le ayudan al autoconocimiento, a la observación y a la práctica reflexiva, de forma que exprese sus sentimientos y emociones que le generan ciertas situaciones. Entendiendo que el sentimiento es el resultado de una emoción a través del cual el consciente tiene acceso al estado anímico propio (Martínez, 2009).

Es realmente necesario dar al alumnado instrumentos y estrategias para la práctica reflexiva de su aprendizaje, tanto teórico como práctico (Gabaldón, 2008).

En cuanto a las herramientas utilizadas en la docencia (el role-playing y el diario de campo) podemos destacar que la literatura revisada hace mención a que la nueva reforma del plan de Bolonia tiene como objetivo formar a los profesionales enfermeros en competencias (habilidades, aptitudes y conocimientos), en vez de solamente en conocimientos como antaño. Por lo tanto, es necesario el empleo de nuevas herramientas metodológicas y diversos recursos, para así alentar la nueva concepción de los profesionales (Seva, 2009).

7.6.5.3.-La entrevista, un antes y un después.

La entrevista e, inmerso en ella, el role-playing, además de ser la fuente de datos esencial en este trabajo, tienen una doble vertiente, porque actúan como herramienta de recogida de datos y también como instrumentos de formación.

Como fenómeno a destacar en la entrevista, podemos señalar que esta genera de forma automática que el alumno esté más pendiente de las situaciones en las que la relación con el paciente se da de forma continuada. No es que antes no se diera, sino que algunos alumnos señalan que a partir de ese momento han tomado conciencia. Pero debemos reiterar que no basta con la experiencia y la toma de conciencia. Para la dotación y cualificación del alumno en competencia relacional, es necesario algo más, es imprescindible “la formación”.

Diario de campo: “*Hoy antes de empezar el turno, he tenido la entrevista con Toñi sobre la empatía y la relación de ayuda. Y esa misma mañana he ido a tomar las tensiones, y al entrar en un cuarto, me he fijado que la chica tenía cara rara, y al preguntarme la tensión y decirle que la tenía un poco alta, ha roto a llorar. Entonces me he acordado de la entrevista y me he dado cuenta que no tengo ni idea de qué hacer en éstas situaciones. Lo paso muy mal, y me siento muy impotente*” (S) pág. 25.

Grupo de discusión: “*Yo quería decir que como ha dicho S también, la entrevista supuso para mí comenzar a darme cuenta de que muchas veces me he bloqueado en situaciones que no he sabido, cómo tranquilizar al paciente, cómo consolarlo por así decirlo, no sabía que decirle, muchas veces y eso es lo que me, lo que me bloqueaba a*

la hora de decir, madre mía... ahora voy a entrar a la habitación con este paciente, que el otro día tuve una conversación con él especial y a veces digo madre mía que hago y yo intentaba pues que la relación fuera lo mejor posible, si tenía que hacer escucha activa, pues yo me callaba, e intentaba escuchar todo lo que el dijera, y muchas veces me ha gustado llegar a la habitación del paciente y preguntarle cómo esta o por su hija, su hijo escuchando siempre las cosas que me contaban, y así intento defenderme en esas situaciones”(L) pág.

Diario de campo: “*La entrevista con Toñi me ha servido muchísimo, me ha hecho reflexionar sobre éste tema y sobre la labor humana y el rol social que desempeñamos cada día. Es algo que nos lo tenemos que plantear y hacerlo de la mejor manera posible. Nuestro trabajo se basa en un constante contacto con el ser humano en situaciones diferentes, y debemos ser capaces de responder y acompañar en éstas situaciones a las personas que más lo necesitan*”. (L1) pág. 24.

Pese a que algunos alumnos hacen referencia a la entrevista como un cambio que ha propiciado la observación y la reflexión sobre la competencia relacional en sus prácticas, el alumno continúa “no sabiendo cómo actuar” y bloqueándose en los momentos de conflicto. Por ello, en esta categoría denunciamos que la formación tanto teórica como práctica es el pilar básico para que el alumno consiga ser competente en las relaciones.

En relación a este apartado, no hemos encontrado bibliografía al respecto. Sí podemos añadir que, a través de la enseñanza, los alumnos van a desarrollar capacidades para enfrentar los problemas, aplicando los conocimientos adquiridos y buscando o produciendo nuevos conocimientos. En este proceso el docente, para orientar el conocer, el hacer, el convivir y el ser, requiere de un cuerpo de conocimientos previamente construidos (Franco, 2005).

7.6.6.-La experiencia y la formación dan forma al aprendizaje.

No es suficiente la experiencia ni es bastante con la formación. Ambas son la combinación perfecta para llegar al conocimiento en todas sus dimensiones, que nos llevan al saber en la amplitud de la persona, es decir, del alumno.

Grupo de discusión: “*Yo por ejemplo desde la entrevista sobre todo me he dado cuenta de que el paciente...he tenido la suerte ...de que han cogido confianza, se abren, se ponen a llorar delante de mí. Te cuentan cosas y yo por lo menos no sé qué hacer y me he dado cuenta que no estoy preparada, a lo mejor técnicamente se hacer muchas cosas pero no estoy preparada en este tipo de problemas*” (S) pág. 8.

Grupo de discusión: “*Es la experiencia, porque seguro que al primero no le contestaste lo mismo que al último porque ya te ves...no con la soltura suficiente, pero seguro que algo más de soltura vas a tener*” (J1) pág. 7.

Grupo de discusión: “*Ya pero igualmente yo no sé qué decir y sabes que quizás lo que le has dicho está mal... hay veces que no sabes que decir y eso no sabes si les consuela y yo por lo menos no sé*”. (S) pág. 7.

Diario de campo: “*Como le decía el otro día a mi tutora de planta, es la experiencia lo que te da más seguridad a la hora de trabajar, ya que podrás realizar mejor o peor algunas técnicas, pero para el trato con el paciente, la experiencia es lo que más seguridad te va a dar*” (J1) pág. 12.

Las investigaciones sugieren que las habilidades comunicativas no mejoran necesariamente solo con la experiencia, sino con la formación. Se están destinando considerables esfuerzos y recursos para desarrollarlas, porque dichas habilidades se pueden enseñar y mantener con el transcurso del tiempo (Fallowfield et al., 2002 citado por Fellowes, 2008).

El alumno le da valor a la experiencia en las prácticas clínicas; así lo manifiestan al preguntarle si consideran necesaria la formación en competencia relacional.

Entrevista: “*Sí, incluso más que formación...yo hablaría de experiencia*” (A) pág. 5.

Entrevista: “*A mí en la realidad lo que me ha dado la experiencia ha sido estar en las prácticas porque es cuando lo vives de verdad. A mí me pueden decir en clase que tengo que tener empatía y hasta que no estás en el momento de vivir la empatía no vas a saber lo que es. Puedes saber el significado pero luego en la práctica es diferente no te va a salir igual, ni te va a salir igual la escucha activa en las prácticas es donde sí que lo vives y si que sabes cómo encararlo, porque a mí una clase teórica sobre empatía y de la escucha activa no me va a servir de nada*”. (J1) pág.

Ante este comentario debemos plantearnos por qué el alumno expresa que una clase teórica no le va a servir de nada. Debemos plantearnos si es que no se utilizan las herramientas adecuadas en la enseñanza. La práctica clínica ayuda al alumno a integrar teoría y práctica, donde la empatía y la escucha activa son piezas clave, en la relación con el paciente.

En la bibliografía consultada en un estudio con alumnos de enfermería, estos señalan cinco categorías que son: la característica personal humana, el imperativo moral, el afecto, la relación interpersonal, y la intervención terapéutica. Los alumnos consideran que la necesidad de estas varía en la enseñanza de la teoría y su aplicación, para que exista mejor práctica profesional (Paván et al., 2007). En este sentido, los docentes deberían considerar las características de sus estudiantes para la elección de estrategias metodológicas que permitan potenciar el desarrollo de otros estilos de aprendizaje como lo propone Canalejas et al (Canalejas et al., 2005). Por ejemplo, el role-playing que se constituye como elemento integrador de la teoría y la práctica enfermera (Matínez, 2009).

Nuestro cometido es fusionar la práctica y la teoría, que ambas interaccionen creando un todo, en conjunto.

Diario de campo: “*la práctica y la teoría son muy distintas. Los alumnos tenemos mucho que aprender, aunque acabemos la carrera, no tenemos rodaje ninguno. Por eso veo tan importante que aprendamos a generar nuestros propios objetivos, tener metas en nuestra profesión, a estar motivados, saber qué tipo de profesional queremos llegar a ser*”(...) “*Evidentemente es imprescindible tener conocimientos para poder realizar con éxito las prácticas y para en un futuro ser un verdadero profesional, pero también quisiera remarcar que solo con la teoría no podríamos jamás ejercer esta magnífica profesión*”(...)”*He descubierto lo importante que es aprender cosas nuevas y lo gratificante que resulta poner al servicio de los pacientes tus conocimientos*”. (M.D.) pág. 15-22-36.

El cuidado pedagógico requiere, desde el modelo constructivista, modificar la manera de acompañar, supervisar y evaluar las prácticas por parte de los docentes para que se conviertan en momentos de reflexión y aprendizaje significativo (Zambrano et al., 2011).

La teoría y la práctica deben ir de la mano, la bibliografía consultada afirma que las experiencias y vivencias de la formación práctica son relevantes en el proceso formativo. La formación práctica recoge las experiencias y vivencias que las enfermeras/os mejor guardan en su memoria acerca del proceso general de socialización. Reconocen que es una realidad nueva vivida en primera persona, que influye y acelera el proceso de maduración personal. (Ramio, 2005). Por otro lado, la teoría es un instrumento de gran utilidad para explicar conceptos y efectuar previsiones, configura los temas y facilita el análisis sistemático de una sucesión de acontecimientos (Gasull, 2005). El conocimiento juega un rol fundamental en la toma de decisiones del estudiante. Primero, aumenta el nivel de confianza y les permite sentir que él puede manejar la situación y tomar decisiones seguras e independientes. El estudiante reconoce que el conocimiento influye en su desempeño y se traduce en emociones y sentimientos (Vollrath et al., 2011).

8.- CONCLUSIONES



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.1.- DETECTAR CARENCIAS Y/O HABILIDADES QUE INTERFIERAN EN LA COMPETENCIA RELACIONAL DE LOS ALUMNOS.

8.2.-ANIMAR A LOS ALUMNOS A QUE UTILICEN ESTRATEGIAS ADECUADAS PARA FAVORECER LA RELACIÓN DE AYUDA ANTE LAS DIFERENTES SITUACIONES QUE SE LES PRESENTAN.

8.3.- VALORAR LA FORMACIÓN QUE CAPACITA AL ALUMNO PARA ELEGIR LOS RECURSOS QUE CONTRIBUYEN A SU INTEGRACIÓN EN EL CONTEXTO RELACIONAL DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

8.4.- INCENTIVAR AL ALUMNO A QUE INCORPORE EL INTERÉS POR LA COMPETENCIA RELACIONAL COMO PARTE ESENCIAL DEL CUIDADO.

8.5.- CONTRIBUIR, FACILITAR A QUE EL ALUMNO DESCUBRA E INTEGRE VALORES ENCAMINADOS A UNA MAYOR HUMANIZACIÓN.

8.6.- CONSEGUIR QUE LOS ALUMNOS ESTABLEZCAN UNA RELACIÓN MÁS COMPETENTE, EFICAZ Y GRATIFICANTE, CON EL PACIENTE.

8.-CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo de investigación están en función de los objetivos que nos planteamos como meta a seguir en nuestro estudio.

8.1.- Detectar carencias y/o habilidades que interfieran en la competencia relacional de los alumnos.

- Los alumnos no están familiarizados con el término de competencia relacional.
- Es fundamental que los implicados en la docencia clarifiquemos, los conceptos que vamos a utilizar con los alumnos, mediante feedback, para que los significados en vez de individualizarse, sean compartidos por los interlocutores, produciéndose la retroalimentación en la relación, evitando la interpretación.
- El estilo de relación que utilizan los alumnos en el trato con el paciente durante el ejercicio de roleplaying es el autoritario en primer lugar, seguido del paternalista, del estilo participativo/empático y por último democrático.
- La actitud del alumno con el paciente es más directiva que facilitadora, y su disposición en la relación está más centrada en el problema que en la persona.
- El grado de empatía que posee el alumno en la relación con el paciente se queda en un nivel II y en algunos casos el III según la escala que establece Carkhuff, por lo que consideramos que es preciso que el alumno adquiera habilidades en comunicación, que le capaciten mediante la enseñanza de un docente cualificado.

8.2.- Animar a los alumnos a que utilicen estrategias adecuadas para favorecer la relación de ayuda ante las diferentes situaciones que se les presentan.

- La percepción que tiene el alumno en competencia relacional inmediata al ejercicio de roleplaying, a la que denominamos “competencia relacional sentida y percibida”, está en consonancia con la que éste siente que posee en líneas generales, y así lo expresa en el diario de campo, nos referimos a “la competencia relacional concebida”.
- Las emociones, sentimientos y pensamientos en la primera están en consonancia e imperan sobre la segunda.
- Cuando el docente muestra al alumno “la competencia relacional reflejada” en su relación con el paciente, es cuando consideramos que el trabajo en competencia relacional, puede dar su fruto, porque favorece en el alumno la movilización interior.
- La reflexión, análisis e integración que se produce durante y después de la relación con el paciente, bien de forma real o mediante ejercicios de roleplaying, es un material valioso para favorecer la destreza en la relación de ayuda.

8.3.- Valorar la formación que capacita al alumno para elegir los recursos que contribuyen a su integración en el contexto relacional de las prácticas clínicas.

- El alumno no se siente formado en competencia relacional, sin embargo considera que ésta debe formar parte del currículum universitario, además los NOC y NIC de enfermería hacen referencia a la relación con el paciente.

- El plan de Bolonia considera las competencias relacionales como parte del proyecto de enseñanza-aprendizaje, y por otro lado en la evaluación de las prácticas clínicas de los alumnos se contempla la empatía como actitud a evaluar. Pese a ésta evidencia, no está incluida la competencia relacional en la mayoría de Universidades Españolas, como asignatura obligatoria en el plan de estudios de grado de enfermería.

8.4.- Incentivar al alumno a que incorpore el interés por la competencia relacional como parte esencial del cuidado.

- Conforme avanzamos en el estudio observamos que el alumno desconoce el término de competencia relacional y no se siente competente en las relaciones interpersonales, piensa que es fundamental que se imparta como asignatura en la Universidad y algunos de éstos alumnos manifiestan que se ha despertado en ellos el interés y la necesidad de adquirir mayor competencia, durante el desarrollo de sus prácticas clínicas.

- La entrevista, el roleplaying, el grupo de discusión y el diario de campo, son instrumentos que favorecen que aparezca el interés en el alumno en dicha materia.

8.5.- Contribuir, facilitar a que el alumno descubra e integre valores encaminados a una mayor humanización.

- El alumno experimenta y descubre su dificultad y falta de habilidad en la relación con el paciente, cuestionándose a sí mismo su propia competencia, produciéndose en él la confrontación. Cuando el alumno analiza las emociones, sentimientos y pensamientos derivados de dicha relación, empieza a conocerse en la relación intrapersonal e interpersonal. Ello le ayuda a afianzar los valores que posee como persona y los que va adquiriendo como profesional, en este sentido como docentes, nuestro papel es encaminarles hacia un mayor grado de humanización en los cuidados.

8.6.- Conseguir que los alumnos establezcan una relación más competente, eficaz y gratificante, con el paciente.

- Para conseguir que el alumno adquiera la competencia relacional necesaria, la Universidad y el Hospital deben trabajar conjuntamente ayudando a integrar teoría y práctica, y esto se consigue con profesores y tutores cualificados que den lugar a alumnos competentes, utilizando las herramientas adecuadas, para un aprendizaje efectivo y eficaz, donde el proceso de atención de enfermería, adaptado a las nuevas tecnologías, integre la relación como la base del cuidado.

-La formación debe consolidarse desde la universidad que es donde empieza a formarse académicamente el alumno, y continuar en el hospital, sirviéndole como modelo las profesionales a los que observa, con el objetivo y fin de potenciar el cuidado relacional al paciente lo que proporcionara mayor grado de satisfacción en el alumno, en este sentido todo el camino recorrido habrá merecido la pena.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9.-PROPUESTAS DE MEJORA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

9.1.- LA UNIVERSIDAD.

9.2.- EL HOSPITAL.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.-PROPUESTAS DE MEJORA

9.1.-La universidad

Es necesaria la incorporación dentro del currículum universitario de una asignatura obligatoria que trabaje la competencia relacional en el alumno, y en el caso de que ya forme parte de dicho currículum se debe regular y revisar el sistema europeo de créditos (ECTS) en relación a lo exigido en el plan de Bolonia con respecto a las relaciones interpersonales.

Proponemos formar a los docentes en materia relacional, mediante cursos organizados en la universidad. Además los docentes deben estar capacitados para la utilización, organización, desarrollo y evaluación y/o revisión de herramientas tan necesarias como pueden ser el roleplaying, diario de campo, entrevistas, o grupos de discusión.

Debemos dar forma al diario de campo y clarificar qué es lo que pretendemos que el alumno consiga en sus prácticas y cómo puede el diario ayudarle a conseguirlo. La reflexión, el pensamiento y la escritura, en el mismo, van a estimular además la capacidad de expresión, la elaboración de ideas y el reflejo de sus sentimientos, que ayudan al profesor a acercarse al mundo del alumno y a empatizar con él, solo por el hecho de leer aquello que éste escribe. Además el diario ayuda al alumno a entrar en su propio mundo, a conocerse, y a expresar las vivencias, exteriorizándolas, para evitar que queden atrapadas dentro de él mismo.

La Universidad en su contenido teórico debe estar unida y vinculada al hospital en su contenido práctico, la integración de teoría y práctica nos la van a proporcionar las herramientas mencionadas anteriormente, mediante las que se pueden trabajar las actitudes para una buena relación de ayuda.

El profesor asociado clínico y académico es la persona que está vinculada a la universidad y al hospital, supone el puente de unión entre ambas instituciones. Esta figura tiene una labor de mediación, por lo que debemos aprovechar el enriquecimiento y contacto, entre los docentes más centrados en la teoría, y los que tienen mayor dedicación en la parte clínica.

Los profesores asociados debemos estar cualificados en el arte relacional, y a su vez formar al alumno y trabajar con él la relación de ayuda. Somos un referente para el alumno, al igual que su tutor de prácticas.

La evaluación del alumno que emite la Universidad con respecto a la asignatura de las prácticas clínicas debe contemplar la competencia relacional siempre que exista una persona a la que acoger, independientemente del servicio en el que esté, y del tiempo que ésta permanezca en el mismo. No se puede separar el cuerpo del alma.

Consideramos que dentro del plan de cuidados de enfermería, debería estar el plan de cuidado relacional, en el que los objetivos sean conseguir una relación de ayuda y las intervenciones sean practicar las actitudes que nos encaminan a ello.

Incluir dentro del plan de cuidados, el cuidado relacional, ya que aunque está inmerso en el cuidado del paciente de forma integral, desde otra perspectiva, nos permitiría evaluarnos como profesionales en la relación con el paciente, dando paso a la mejora en competencia relacional.

9.2.-El hospital

Formar a los profesionales enfermeros en materia relacional, mediante cursos organizados en el hospital. Para que aprendan a manejar las relaciones con el paciente y con el alumno. La figura del tutor en el hospital supone un modelo a seguir para el alumno por tanto, debe estar capacitada para la formación y relación de ayuda.

El alumno después de terminar su jornada de prácticas, debe dedicar los últimos 30 minutos a recopilar lo que ha vivido, las experiencias que más le han llamado la atención, y dejar las anotaciones en su diario, de forma que pueda sacar el máximo partido a lo que ha sentido, y favoreciendo así el autoconocimiento.

Igualmente son necesarias las tutorías de los profesores asociados clínicos a los alumnos. Para favorecer un clima de compromiso y resolver dudas que se puedan plantear.

El alumno debe recoger en el diario de campo, conversaciones que haya mantenido con el paciente, en las que a modo de transcripción se refleje como mantiene la relación, el estilo relacional que utiliza, el grado de empatía que posee y las técnicas de comunicación que emplea.

Utilizar las salas de docencia del hospital para llevar a cabo laboratorios o seminarios que se imparten para la competencia relacional. En las que se lleven a cabo actividades como roleplaying, grupos de discusión, exposición y acogida del alumno el primer día a su llegada.

Al igual que se realiza la acogida al alumno, es conveniente que exista una despedida, ambas son necesarias. La primera para acogerle y hacerle saber que cuenta con el profesor asociado, la segunda para despedirle y que realice un resumen de sus prácticas, puede contar lo que le ha resultado más significativo para él.

Establecer al menos una reunión con los tutores de los alumnos, antes de su comienzo en las prácticas clínicas, para explicarles en qué consiste su labor, la acogida al alumno y como debe desarrollarse el transcurso de las prácticas. Recordarles desde nuestro punto de vista, el valor que poseen y merecen como tutores. El tutor debe decir una característica de él mismo para que el alumno a modo de carta de presentación, conozca cómo se define el tutor a sí mismo. También es conveniente que el tutor refleje que cualidad o cualidades considera importantes y valora en los alumnos que lleva a su cargo.

Debemos formar al alumno en competencia relacional, éste lo pide con la expresión de sus miedos, su incertidumbre, y verbalmente cuando nos dice que no sabe qué decir, qué hacer y cómo actuar.

Fortalecer la competencia relacional en aquellos servicios donde existe un estrés añadido para el paciente, como quirófano, de forma que no se desligue de la técnica quirúrgica, la relación con la persona y sus sentimientos.

Tenemos el conocimiento de la teoría y las herramientas para impartirla, tenemos a los alumnos, entonces nos preguntamos qué nos falta siendo la respuesta, tutores formados y dar el carácter de asignatura a la materia relacional.



10.-BIBLIOGRAFÍA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

10.-BIBLIOGRAFÍA

- Agostinho LMCF. (2010). Competência Emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos [dissertação de mestrado]. Aveiro (Portugal): Secção Autónoma de Ciéncia Sociais, Jurídicas e Políticas/Universidade de Aveiro.
- Agramonte del Sol, A. y Fairrés, R. (2010). Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 6 (2).
- Aguilar, M. C. y Augusto, J. M. (2009). Relación entre inteligencia emocional percibida, personalidad y capacidad empática en estudiantes de enfermería. *Psicol. conduct.* 17 (2).
- Aguilar, M., Calvo, A., García, M. (2007). Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública Mex.*; 49(6), 401-407.
- Aguirre, S. (2006). Vivir los valores, Historias de valor. México: Televisa PROCOELSA.
- AIFICC, Associació d'Infermeria Familiar i Comunitaria de Catalunya. (2009). Guia per l'escolta activa. Enfermeria Global. Disponible en: http://www.aificc.cat/06_PUBLICACIONES/Guies d'actuació/escolta activa.pdf
- Álava, M. J. (2003). La inutilidad del sufrimiento. La esfera de los libros S. L. Madrid.
- Alférez A. D. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Almería.
- Alorda, C. et al. (2009). Evaluación de la competencia clínica de los estudiantes de enfermería. Preparando excelentes profesionales. *Memòries dels projectes d'innovació 2008-2009*. Universidad de les illes Balears.
- Alzate, T., Puerta C. A. M., Morales, R. M. (2008). Una mediación pedagógica en educación superior en salud. El diario de campo. Universidad de Antioquia, Colombia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47(4)
- Antolín, R., Pualto, M.J., Moure, M.L., Quinteiro, T. (2007). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 6(1).
- Arciniega, L. y González, L. (2000): Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT 30. *Revista de Psicología Social*, 15 (3), 281-296.
- Arnold, R. y Schüssler, I. (2001). Entwicklung des kompetenzbegriffs und seine bedeutung für die berufsbildung und für die berufsbildungsforschung in: G. Franke. Komplexität und kompetenz. Ausgewählte fragen der kompetenzforschung, Bielefeld: Bertelsmann.

- Arredondo C. P., Siles, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm*, 18(1). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso
- Attewell, A. (2010). Florence Nightingale (1820-1910). *Temperamentvm* 2010,11. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t0111.php>
- Bacon, F. Pitcher, J. (1986). *The essays*. Penguin classics. Paperback – January 7.
- Badillo, L., López, L., Ortiz, M. (2012). Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. *Rev Enferm*, 20(2):71-78
- Báez, F. J. et al. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Universidad de la Sabana. Mexico.
- Barceló, T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. *Miscelánea Comillas*, 70 (136):123-160
- Bardallo, M.D. (2010). Entre la enseñanza y el aprendizaje. Un espacio de saberes para compartir (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía.
- Bardallo, M. D., March, I., Vila, G., Zabalegui, A., Cabrera, E., Gallart, I., Fernández, A. (2003). Guía para el seguimiento de las prácticas clínicas en la diplomatura de enfermería. Un instrumento para la práctica reflexiva y la evaluación. *Enfermería Global*. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/654/686>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Benrerbia F, Berenguer C, Esnault O, Fischer E, Garcia L, Regnard MP, et al. (2007). Construction et utilisation d'un outil permettant d'évaluer les compétences relationnelles des étudiants infirmiers en stage en psychiatrie. *Rech Soins Infirmiers*, 90:4-14.
- Bermejo J. C. Carabias, R. (1998). La relación de ayuda y enfermería: material de trabajo. Cuadernos del centro de Humanización de la salud. Sal Terrae, 3^a ed. Santander.
- Bermejo J.C. (1999). La relación de ayuda en casos de conflicto ético. IV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud y Relación de Ayuda en Enfermería. Alicante. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Bermejo, J.C. (2005). *Inteligencia emocional*. Santander, Sal Terrae.

Bermejo, J.C. (2012). Hacia una salud más holística. Humanizar. Centro de humanización de la salud.

Bernard, H. y Russell, E. (1998). *Handbook of methods in cultural anthropology*. Walnut Creek: AltaMira Press.

Bernardo, M. (2001). Importancia de la función docente en enfermería. Tercera Jornada de Enfermería de Atención Primaria Área 5 de Madrid: Mirando al Futuro. Centro de Salud de Tres Cantos.

Bettancourt, L, Munoz, L.A, Merighi, M.A.B, Santos, M.F. (2011). Nursing teachers in clinical training areas: a phenomenological focus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5):1197-204.

Bond, J & Bond, S. (1995). *Sociology and Health Care. An introduction for nurses and other health care professionals*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Burns, N., y Groven, S. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. En: *Investigación en Enfermería*. Elsevier, (11) 385- 430.

Brites, M.O. (2014). Desenvolvimiento de competencias realcionais na preservacao da intimidade durante el proceso de Cuidar. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Brusco A. (1999). Elementos de Relación de ayuda. *Ars Médica*, 12(12). <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica.html>

Bulechek GM. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5o ed. Barcelona: Elsevier España.

Buxarrais, M. R. (1997). La formación del profesorado en educación en valores. Propuestas y materiales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Campo, M. y Labarca, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción Septiembre-Diciembre* 25(60), 41-54

Canalejas, M.C., Martínez M.L., Pineda M.C., Vera M.L., Soto, M., Martín A., Cid, M.L. (2005). Estilos de aprendizaje en los estudiantes de enfermería. *Educación Médica*, 8(2): 83-90

Cano, A. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (I). Unidad de bioestadística clínica. Hospital Ramón y Cajal. Nure Investigación.

Cánovas, M.A. (2008). La relación ayuda en enfermería. Tesis Doctoral- Universidad Murcia.

- Carbelo, B. (1997). Teoría enfermera: El cuidado desde una perspectiva psicosocial. Revista Cultura de los cuidados, 2.
- Cardona, L. M. y García M. L. (2010). La Empatía, un Sentimiento Necesario en la Relación Enfermera-Paciente. Desarrollo Científico Enferm, 18(3).
- Carkhuff R. (1969). *Helping and Human relations: A primer for lay and professional helpers*. Holt Rinehart and Winston, New York, I, II.
- Carkhuff, R. y Berenson, B. G. (1967). *Beyond counselling and therapy* New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Carkhuff, R. (1971). *The development of human resources*. New York. HRD Press.
- Carrasco, M.C. (2008). El cuerpo y sus significados: sociedades tradicionales versus sociedades modernas. Index de Enfermería, 17(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/index-enfermeria/v17n1/6618.php>
- Carvalho A. et al. (2008). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem; 61(3): 312-318
- Castilla Del Pino, C. (2001). *Teoria de los sentimientos*. Tus Quets.
- Chabot, D. y Chabot, M. (2005). *Pedagogía Emocional: sentir para aprender*. São Paulo.
- Cestari, M. E., Loureiro, M. (2005). El proceso de enseñanza - aprendizaje en enfermería. Enfermería Global, 7.
- Chalifour, J. (1994). La relación de ayuda en enfermería una perspectiva holística-humanista. SG editores.
- Cibanal, L. (2014). *Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Elsevier.
- Cibanal, L. et al. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cultura de los cuidados.
- Cirigliano, F.J. (1969). El “Role Playing” una técnica de grupo en servicio social. Buenos Aires: Humanitas.
- Cléries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. Atención Primaria. 32(2):110-7.
- Cobo, A.I., Carbonell, R., Rodríguez, C., Vivo, I., Castellanos R.M., Sánchez A. (2010). Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. NURE, 7(49).
- Colina J, y Medina JL. (1997). Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. ROL Enferm, (232): 23-30.

- Colombero, G. (1983). Dale parole al diálogo, Paoline, Milano.
- Collados, J.M. y Garcia, N. (2012). Riesgo de estrés en estudiantes de enfermeira durante las prácticas clínicas. RECIEN, 4(10).
- Correia, R. C., Zaida de Aguiar, S. A. Clemente, R.M. (2012). Habilidades relacionales: Necesidades sentidas por los alumnos de Enfermería. Revista Latino Americana de Enfermagem, 20(6).
- Cortez, E. (2008). Docencia en enfermería. Universidad de Valparaiso.
- Coulon, A. (1998). La etnometodología. Cátedra Colección Teorema.
- Costa, M. López, E. (2003). Consejo psicológico. Síntesis, Madrid.
- Crossetti M, Buógo M, Kohlausch E. (2000). Ações de cuidar na enfermagem de natureza propedéutica e terapêutica e suas interfaces com os atos de outros profissionais. Rev Gaúcha Enferm, 21(1):44-67.
- Comisión Europea (2003). Informe final. Tuning Educational Structure in Europe. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Cuellar, L. y Sánchez, M. O. (2010). Prácticas sobre la formación integral: una mirada de los docentes y estudiantes del programa de enfermería. Cultura del Cuidado. Universidad Libre de Cali.
- De la Cuesta C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación.
- De Serdio, E. (2002). Evaluación clínica objetiva estructurada. I competencias y su evaluación. Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.1, febrero.
- Delamare Le Deist, F. y Winterton, J. (2005). What is competence?, Human Resource Development International, 8, 1, 2005.
- DeWalt, Kathleen M. & DeWalt, Billie R. (2002). Participant observation. In H. Russell Bernard. Handbook of methods in cultural anthropology, pp (259-300). Walnut Creek: AltaMira Press.
- Diaz B. (1990). Frida: Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo. Mc Graw Hill.
- Duran, M. (1994). Modelo ideológico y de organización de la estructura docente en la Escuela de Enfermería. Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.
- Eraut, M. (1994). Developing professional knowledge and competence, London: Falmer Press.
- Eraut, M. (2003). National vocational qualifications in England - description and analysis of an alternative qualification system, in: G. Straka (Ed.) Zertifizierung non-

formell und informell erworbener beruflicher Kompetenzen, Münster, New York, München & Berlin: Waxmann.

Erlandson, D. A., Harris, Edward, E.L., Skipper, B. L. y Allen, S. D. (1993). Doing naturalistic inquiry: A guide to methods. Newbury Park, CA: Sage.

E.U. Enfermería y Fisioterapia. (1996). Programa de Ciencias Psicosociales. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares.

Escuredo, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enfermería Clínica.

Evans, A. (2007). Transference in the nurse-patient relationship. Journal of psychiatric and mental health nursing, 14: 189-195.

Eyssautier de la Mora, M. (2002). Metodología de la Investigación. Desarrollo de la Inteligencia. Thompson, México.

Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: Para além da assertividade. In: R. Wielenska. Sobre comportamento e cognição: Questionando a ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. São Paulo.

Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled study. Lancet 359(9307):650-6.

Fawcett, J. (2000). Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge. Nursing models and theories. Filadelfia: Davis Company.

Fawcett, J. (2001). The Nurse Theorists: 21st-Century Updates, Imogene M. King. Nursing Science Quarterly Theory Research and Practice. Scholarly Dialogue Jacqueline Fawcett, Contributing, 14(4).

Fellowes, D., Wilkinson, S., Moore, P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores. Cochrane Plus, 2. Oxford: Update Software Ltd.

Ferrer, A. et al (2003). El proceso de atención y relación de ayuda en enfermería pediátrica: Cultura de los cuidados VII (13).

Fernández, M. A., González, J. L. et al. (2010). Evaluación participativa en habilidades para comunicar en 3º de grado de enfermería en el curso 2009/10. La escenificación como método docente y de evaluación. Revista de Docencia Universitaria, 8 (2). Universidad Europea de Madrid.

Fernández M. E. et al. (2005). Nivel de estrés de los estudiantes de enfermería. Un estudio comparativo con otras titulaciones. Presencia, revista de enfermería de salud mental. <http://www.index-f.com/presencia/n2/r24articulo.php>

Fernandes de Freitas, G., Barbosa, M. A., Prado, M. (2007). La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index Enferm.

Fontanals, A. et al. (1994). Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Rol 190, 67.

Flórez-Aguirre, SM (2008). Percepción de los estudiantes de enfermería de la universidad de Antioquia acerca de su rolprofesional. Universidad de Antioquia.

Forni, F. (1993). Metodos cualitativos II: la práctica de la investigación. Buenos Aires.

Foster, T. et al. (2005). The therapeutic relationship: dead or merely impeded by tecnology?. British Journal of Nursing, 14 (13): 698-702.

Franco M. B. E. Campos de Carvalho, E. (2005). Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro; 13(6).

Frondizi, R. (1992). ¿Qué son los valores?: introducción a la axiología. 3a ed. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 5-11.

Gabaldón E. M. (2008). Los planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.

Gadamer, H. (1988). Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca, España.

Gardner, H. (2003). La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI, Paidós.

García, A. (2009). La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Rev Clin Med Fam, 2(6)

García, M.A., Hernández, V. et al. (2007). Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados.

Garcia, M.I., López, M.N., Vicente, J.V. (2004). Reflexiones en torno a la relación terapéutica. ¿Falta de tiempo?. Index Enfermería, 13(47).

García, A., Rodríguez, J.C. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 25(96), 29:36.

Gargallo, B., Suárez, J., y Ferreras, A. (2007). Estrategias de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios, Revista de Investigación Educativa, 2, 421-441.

- Garizabalo, C.M. (2012). Estilos de aprendizaje en estudiantes de enfermería y su relación con el desempeño en las pruebas saber pro. *Revista Estilos de Aprendizaje*, 9(9).
- Gasull, M. (2005). La ética del cuidar y la atención de enfermería. *TFC Humanitats*.
- Goldberg, J. (1989). Las Endorfinas. Gedisa.
- Goleman D. (2009). Inteligencia emocional. kairós.
- Goleman, D. y Cherniss, C. (2005). Inteligencia Emocional en el trabajo. kairós.
- Gonczi, A. (1994). Developing a competent workforce, Adelaide: National Centre for Vocational Education Research.
- Gortner, S.R. (1983) The History and Philosophy of Nursing Science. *Advance of Nursing Science* 5 (12), 1-8.
- Gracia, D. (2004). Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios. *Labor Hospitalaria* 4(274):89-142.
- Graziano, E.S. Ferraz Bianchi, E.R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global, revisiones y reseñas*, n 18. Murcia.
- Guerra, M.D. (2006). Valores que conllevan los cuidados enfermeros en centros de salud de Sevilla. *Enfermería Comunitaria*, 2(2): 94-103.
- Gutiérrez, R. et al. (2007). Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/13.
- Grados, B. B. (2013). Características de la comunicación enfermero-paciente postquirúrgico mediato. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Servicio de Cirugía, Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Habermas, J. (1984): El discurso filosófico de la Modernidad. Madrid:Taurus.
- Hager, P. (1998). Recognition of informal learning: challenges and issues, *Journal of Vocational Education and Training*, 50(4), 521-535
- Hagquette, T.M. (2000). Metodologías cualitativas na sociología. Rio de Janeiro: vozes.
- Hartrick, J. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*.
- Hernández, F. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*, 21. 2º Semestre, Año I – N. 2.
- Hodkinson, P. y Issitt, M. (1995). The challenge of competence. London: Cassell.

- Homar, C., Pades, A., Amorós, S. M. (2004). Actitudes y cualidades esperadas en los profesionales enfermeros. *Metas de enfermería*, 7(5).
- Hsu C, Phillips WR, Sherman KJ, Hawkes R, Cherkin D. (2008). Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. *Ann Fam Med*, 6:307-14.
- Hurtado S. (2004). Enfermería y la relación de ayuda. Excelencia enfermera. *Enfermeria Global*.
- Ibáñez J. (1997). Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI.
- Instituto Nacional de la Salud. (1991). Metodología de la Enseñanza de Enfermería. E. U. La Paz., Madrid.
- Jiménez, F. (1991). Psicología Social. Ediciones Académicas. Uned. Madrid.
- Karolinska Hospital. (1996). Clinical nursing education at the Karolinska Hospital for students from the Red Cross College of Nursing and Health. Clin.Educ KS.
- Kerouac, S. et al. (2005). El pensamiento enfermero. España: Mason.
- King, I. M. (1984). A theory for nursing Systems, concepts, process. New York: John & Sons.
- King, I. M. (1984). Enfermería como Profesión. Limusa.
- Kozier, Erb, Blais & Wilkinson (1999). Fundamentos de Enfermería (5ta ed.actualizada) Méjico, McGraw-Hill. Interamericana.
- Kubbler, E. (2010). Sobre la muerte y los moribundos. Plaza.
- Landeros, E., Morales, M.C., Martínez, M.C. (2010). Una aproximación al cuidado de enfermería desde el enfoque etnográfico. Artículos especiales. Metodología cualitativa. *Index de Enfermería*, 19(2-3). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000200025>
- Landete, L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*, 16.
- Latorre , J.M. (1995) Ciencias Psicosociales Aplicadas I. Editorial Síntesis. Madrid.
- Lavín, L. (2013). La entrevista en enfermería: una habilidad comunicativa. Departamento de enfermería, Universidad de Cantabria.
- Lawson, J. (1995) Endorfinas. La droga de la felicidad. Ediciones Obelisco. Barcelona.
- Leininger, M.M. (1991). Transcultural Care Principles, Human Rights and Ethical Considerations. *Journal of Transcultural Nursing*, 3(1), 21-23.

- Levinson H. (1992). Feedback to subordinates. Levinson Institute
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE 128, de 29/05/2003.
- Llacuna, J. (2000). La comunicación no verbal (II). Recursos para el profesional sanitario. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 7(10).
- Lopes RCC, Azeredo ZAS, Rodrigues RMC. (2012). Relational skills: needs experienced by nursing students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov.-Dez. 20(6):1081-90.
- López, I. M. Sánchez, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Enfermería Clínica Volume 15, Issue 6, December 2005, Pages 307–313
- Maciá, L., Moncho, J., Zabalegui, A., Ricoma, R., Nuin, C., Mariscal, MI., Pedraz, A., Marquez, J., German, C. (2006). Espacio Europeo en Educación Superior. Situación Actual. Enfermería Global, 8: 1-11. <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/327>
- Macqueen A. et al. (2009). Nurse patient relationship and partnership in hospital care. Journal of clinical nursing, 9: 723-731.
- Madrid, J. (1986). Relación de ayuda y comunicación. Asetes, 195-196.
- Madrid J. (2014). Los procesos de la relación de ayuda. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Mahat G. (1996). Stress and coping: first year Nepalese nursing students in clinical settings. J Nurs Educ., 35(4):163-9.
- Mandon, N. & Sulzer, E. (1998). Analysis of work: describing competences through a dynamic approach to jobs, Training & Employment. A French newsletter from Céreq and its associated centres.
- Martinez, J.R. (2009). Influencia del Role-Playing en el proceso de enseñanza-aprendizaje de enfermería (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante.
- Marin M. et al. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales. Psicothema, 13 (2), 247-251.
- Marina, J.A. (2011). Los secretos de la motivación. Barcelona: Ariel.
- Marriner, A. (1991) Nursing, Theorists and their work. Mosby.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier.
- Marroquín M. (1982). La relación de ayuda en R Carkhuff. Mensajero, Bilbao.
- Marshall, A. & Batten, S. (2004). Researching across cultures: Issues of ethics and power [17 párrafos]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social

Research, 5(3), Art.39. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-04/04-3-39-e.htm> [Abril 5, 2005].

Maslow A. (1995). El hombre autorrealizado. kairos.

McDonald, P. (2003). Developing a therapeutic relationship. Practice nurse, 26 (6): 56-61.

Mcqueen et al. (2009). Nurse patient relationship and partnership in hospital care. Journal of clinical nursing, 9:723-731.

Medina J.L. (1999). La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería. Laertes.

Medina J.L. (2002). Practica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. Rev Enfermería. Disponible en:

http://www.uclm.es/ab/enfermeria/rvista/numero%2015/numero15/pr%20E1ctica_educativa_y_pr%20E1ctica_de.htm

Mejía, M. E. (2006). Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index de Enfermería, 15(54)

Meléis, A.I. (1991). Theoretical Nursing: Development and Progress, 2a edic. Philadelphia, Lippincott.

Minayo MC. (2002). La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética. México: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 239-69.

Morse, J. et al. (1999). Concepts of caring and caring as a concept. Advances in Nursing Science.

Moya, M., Larrosa, S., Lopez, C., Lopez, I., Morales, L., Simón, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. Enfermería Global, 12(3).

Mulder, M. (2001). Competence development—some background thoughts, Journal of Agricultural Education and Extension.

Mulder, M. (2002). Competentie on twikkeling in organisaties. Perspectieven en praktijk. Competence development in organizations: perspectives and practice. Gravenhage: Elsevier Bedrijfs Informatie.

Mulder, M. (2007). EU-level competence development projects in agrifood environment: the involvement of sectoral social partners, Journal of European Industrial Training, 31.

Muñoz, A. et al. (2014). La relación de ayuda en enfermería. Index Enferm, 23(4).

- Murcia, N. Jaramillo, L. (2001). La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa Cinta moebio 12: 194-204
- Nanda (2014). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación (2012-2014). Elsevier.
- Newman, M. Sime, M., Corcoran, Sh. (1991). The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing of Science.
- Nightingale, F. (1873). Florence Nightingale: The Nightingale School: Collected Works of Florence Nightingale. Lynn McDonald.
- Nightingale. F. (1882). “Nurses, training of” and “Nursing the sick” [“Enfermeras, formación de las” y “Cuidados para los enfermos”]. En: Quain´s dictionary of medicine.
- Nogales, A.(2008). “La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar”. Cultura de los cuidados. Año XII, n. 24 (2. semestre). ISSN 1138-1728, pp. 119-133
- Norris, N. (1991). The trouble with competence, Cambridge Journal of Education.
- Orem, D. (1993). Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson Salvat. Barcelona.
- Ortíz, J. M. (2006). Una propuesta metodológica para la construcción de los marcos conceptual y teórico de una investigación. Universidad de Veracruz.
- Pacheco, E. (1995). Administración de los servicios de enfermería. Síntesis.
- Page, S., Meerabeau, L. (2000). Achieving change through reflective practice: closing the loop.Nurse Educ Today, 20(5):365-72
- Palés, J.,Molla, M., Oriol, A., Gual, A. (2010). Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. Viguera. EDUC MED, 13 (3): 127-135.
- Palomino, P. A. et al. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. Index Enferm, 14(48-49)
- Pangrazzi, A. (1999). Sii un girasole accanto ai salici piangenti. By Edizioni Camilliane.
- Pavan, R.A., Ferreira, A. R., Ferreira, J.L. (2007). La percepción del cuidar entre estudiantes y profesionales de enfermería. Index Enferm, 16(56): 30-34.
- Parson, T. (1951). The Social Systems. Americana.
- Parrado, Y. M. Caro-Castillo C. V. (2008). Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. Avances en enfermería. vol.26 no.2 Bogotá July/Dec.

Peiró, A. (2008). Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales. Ética de los Cuidados. ene-jun;1(1). <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php>

Pereira, R.M. y Alves, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. Escola. Anna Nery, 14(3).

Pereira, W.R., Ribeiro, M.R.R., Depes, V.B.S., Santos, N.C. (2013). Competencias emocionales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería en la perspectiva de las neurociencias. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

Pérez, R.N. et al. (1991). I curso de enfermeira quirúrgica y traumatólogica. Universidad de Málaga.

Pérez, C., Alameda, A., Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela Universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Revista Española de Salud Pública.

Peplau, H. (1990). Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat.

Phaneuf M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.

Pinedo, M. T. (2011). La humanización de los cuidados: reto de la enfermería del siglo XXI. Haciendo visible lo invisible. El papel de la enfermería frente al sufrimiento espiritual del paciente. Universidad de Alicante.

Polit, D.F & Hungler, B.P. (2000) Nursing Research : Principles and methods. 4^a ed, PA. Lippincott. Philadelphia

Portieles, M., Pérez, M., García, M., Quintana, Z., Fernández, M., Sánchez, R. (2004). Los valores en la profesión de enfermería. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/590/1/Los-Valores-en-la-Profesion-de-Enfermeria.html>

Ramió, A. y Domínguez, C. (2002). Valores en Enfermería: papel profesional y cambio social” Comunicación presentada en las IX Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios. Jerez de la Frontera.

Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales Universidad de Barcelona.

Ramos, M., Pérez, H. (2013). Percepción del cuidado de enfermería en el proceso de formación de los estudiantes de séptimo y octavo semestre del programa de enfermería de la Corporación Universitaria Rafael Núñez, en el primer periodo del 2013.

Corporación universitaria Rafael Núñez Facultad de Ciencias de la Salud Programa de enfermería Cartagena de Indias D. T. Y C.

Redrado J.L. (2003). Humanización en salud. 1^aed Selare, Bogotá-Colombia.

Repetto, E. (1992). Fundamentos de orientación: la empatía en el proceso orientador. Morata.

Rios, M. I., Carrillo, C., Sabuco, E. A. (2012). Resiliencia y síndrome de burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. International Journal of Psychological Research, 5(1).

Rivera, M.S. (2003). Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería". Revista "Horizonte de enfermería, vol: 14, 95

Rivera, L.N. (2013). El saber y la experiencia del estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado. Facultad de pedagogía. Universidad de Barcelona.

Rocha, W., Rosa, M.R., Binato, V., Cunha, N. (2013). Competencias emocionales en el proceso de enseñanza-aprendizaje en enfermería en la perspectiva de las neurociencias. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21(3).

Rodrigues, V.M. y Ferreira, A.S. (2011). Stressors in nurses working in Intensive Care Units. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

Rodríguez, Y. (2002). La hermenéutica aplicada a la interpretación del texto. El uso de la técnica de contenido, 2(20):143-154.

Rodríguez, A. (2011). Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Enfermería en Costa Rica, 32 (1).

Rodríguez, J. et al. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. FMC, 18(7):401-9.

Rogers, C. R. (1983), Libertad y creatividad en la educación. Barcelona: Paidós

Rogers, C. R. (2000). El proceso de convertirse en persona. Paidós.

Rogers, C. R. (1978). Orientación psicológica y psicoterapia. Fundamentos de un enfoque centrado en la persona. Narcea, Madrid.

Rogers, C. Stevens B. et al. (1994). La relación interpersonal: núcleo de la relación. Buenos Aires.

Rogers, M.E. (1989). Creating a Climate for the implementation of a Nursing Conceptual Framework. The Journal of Continuing Education in Nursing 20/3, 112-116.

Romano C. C, Alves L. A, Secco I.A.O. Ricz LNA, Robazzi MLCC. (2011). The expressiveness of a university professor in his classroom performance: analysis of verbal resources and implications for nursing. Rev. Latino- Am. Enfermagem. Set.-Out. 19(5):1188-96.

Roy, C. (1986). Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation, traducción de Introduction to Nursing: An adaptation model 1984, par Louise Betrger, Gaétan Morin éditeur, Montreal.

Roy, C. & Andrews, HA. (1991). The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement, Appleton & Lange, Norwalk.

Salazar, A.M. y Martínez, C. (2008). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Avances de Enfermería, 26(2)

Sánchez, B. (2000). Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. En: Dimensiones del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. UNIBIBLOS, 24-36.

Sanchez, M.O., Cuellar, L. (2011). Sentimientos, facilitadores y limitantes del enfoque de formación integral: una mirada desde la perspectiva de docentes y estudiantes. Cultura del Cuidado Enfermería.

Sanfey, A.G. (2007). Social decision-making: Insights from game theory and neuroscience. Science, 318: 598-602.

Santana, LD., Gutiérrez, L. (2010). La investigación etnográfica: experiencias de su aplicación en el ámbito educativo. Revista Paradigma. 14. Disponible en: <www.revistaparadigma.org.ve>. http://132.248.192.201/seccion/bd_iresie/iresie_busqueda.php?indice=autor&busqueda=DENIS%20SANTANA,%20LOURDES&par=&a_inicial=&a_final=&sesion=&formato=largo

Schatzman, L. and Strauss, A. L. (1973). Field Research: Strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Schensul, L.; Schensul, J. & LeCompte, D. (1999). Essential ethnographic methods: Observations, interviews, and questionnaires (Book 2 en Ethnographer's Toolkit). Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

Seva, A. M. (2009). Necesitábamos la reforma universitaria y ha llegado Bolonia. Enfermería global, 17.

Siles J. (2011). La historia cultural y la estética de los cuidados de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

- Solano, C. Siles, J. (2013). La figura del tutor en el proceso de prácticas en el grado de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(4). Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.
- Solano, M. C. (2013). La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de enfermería. *Index Enferm*, 22(4). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000300014>
- Souza, L. P., Mota, J., Barbosa, R. et al. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Revista electrónica Trimestral Enfermería Global*. Nº 32.
- Spencer, L. y Spencer, S. (1993). *Competence at work: a model for superior performance*, New York: Wiley.
- St. Louis. (1991). The C.V. Mosby Company. Novel G et al (1991) *Enfermería Psicosocial II*. Serie Manuales de Enfermería. Salvat editores, S.A. Barcelona.
- Stockdale, M. y Warelow, P.J. (2002). Is the complexity of care a paradox?. *Journal of Advanced Nursing*.
- Stickley T. et al. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental helath practice*, 9 (5): 12-18.
- Tamayo, M., Gómez, VM. (1999). La investigación: serie aprender a investigar. Módulo 2. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, Colombia. CREDI.
- Tausch R. y Tausch A.M. (1987). *Psicoterapia por la conversación*. Barcelona, Herder.
- Terra MG, Gonçalves MG, Santos EKA, Erdmann AL. (2010). Sensibility in the Relations and Interactions of Teaching and Learning to Be and Do Nursing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Mar.-Abr. 18(2):203-9.
- Tomey, Marriner Ann & Alligood , Ralle Martha,(2003). Modelos y teorías en Enfermería. Elsevier.
- Torralba, M.J. (2008). Grado de satisfacción con los cuidados de enfermería en pacientes hemodializados: Calidad de vida y afrontamiento ante la enfermedad (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Travelbee, J. (1999). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Triviños, A.N. (1987). *Introducao à pesquisa em Ciencias Sociais: a pesquisa qualitativa em educacao*. Sao Paulo: Atlas.
- Úbeda, I., Pujol, G., Olivé, C., Álvarez, R., Segura, MS. (1993). Opinión de las enfermeras sobre las experiencias clínicas docentes. *Enferm Clín*, 3 (1): 11-15

Ulla, S. (2002). Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería Clínica*, 12(5):217-223.

Uribe, C. (2004). Tesis: La práctica de la empatía por parte de alumnos y profesionales de enfermería para atender con alegría. Un enfoque holístico de la profesión. Universidad Austral de Chile.

Vanegas, B.C. (2011). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería: *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 128-142

Vernant, J. P. (2003). Mito y sociedad en la Grecia antigua, traducido por Cristina Gazquez. 4^aed. Siglo XXI de España

Vidal, R., Adamuz, J., Feliu P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. global*, 19.

Vitale, J. Len, I. H. (2011). Cero límites. Ed Obelisco.

Vollrath, A., Angelo, M., Muñoz, L. A. (2011). Vivencia de estudiantes de enfermería de la transición a la práctica profesional: Un enfoque fenomenológico social. *Enferm, Florianópolis*.

(VVAA). (1995). Master de Enfermería. Masson, S.A. Barcelona.

Watson, J. Nursing (1985) *The Philosophy and Science of Caring*, 2a edic, Associated University Press, Boulder, Colorado.

Watzlawick, P. et al (1985) Cambio. Herder, Barcelona. 2Q Semestre 1997 • Año I – N.2

Weigel, T., Mulder, M. & Collins, K. (2007). The concept of competence in the development of vocational education and training in selected EU member states, *Journal of Vocational Education and Training*, 59 (1).

Weinert, F. E. (2001). Concept of competence: a conceptual clarification, in: D. S. Rychen y L. H. Salganik (Eds.). *Defining and selecting key competencies*, Göttingen: Hogrefe.

Weiss B. (2009). Los mensajes de los sabios. 2^a edición. Ediciones B. Barcelona.

Wesley, R.L. (1997). Teorías y modelos de Enfermería (2^aedicion) McGraw Hill Interamericana.

Wesselink, R., Van den Elsen, E., Biemans, H. J. A. & Mulder, M. (2000). Matrix voor competentiegericht beroepsonderwijs, Wageningen: Wageningen Universiteit, Leerstoelgroep Competentie Studies.

Wesselink, R., Biemans, H. J. A., van den Elsen, E. y Mulder, M. (2005). Conceptual framework for competence-based VET in the Netherlands.

Winterton, J., Delamare Le-Deist, F. y Stringfellow, E. (2005). Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype, Thessaloniki: Cedefop.

Zambrano, C., Osejo, M., Tovar, M.C. (2011). El Cuidado pedagógico en las prácticas formativas de los estudiantes de enfermería desde el modelo constructivista. Universidad Libre Seccional Pereira.

Zapico, F., Blanco, R, Consul, M., y Juanola, M. D. (2005). Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (I). Hospital. Enfermer Clín, 7: 20-28.

Zomeño, G. (2015). Incorporacion del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante.



X.-ANEXOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

11.1.-ANEXO I. ENTREVISTA PROFESORA-ALUMNA.

11.2.-ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

11.3.-ANEXO III. CONCLUSIONES DESARROLLADAS.

11.4.-ANEXO IV. LA EVALUACIÓN DEL DIARIO DE CAMPO
EN MATERIA RELACIONAL.

ANEXO V. CARTA A LOS TUTORES.



11.-ANEXOS.**11.1.-ANEXO I: Entrevista Profesora-Alumna.****ENTREVISTA MONICA.**

Profesora: Hola M ya me conoces, soy toñi, profesora asociada de la asignatura de prácticas clínicas, y como ya te comenté, estoy haciendo un estudio sobre la competencia relacional de los alumnos de enfermería en su periodo de prácticas. Es mi tesis doctoral, entonces me gustaría hacerte esta entrevista que es confidencial, después la voy a transcribir y en base a ello voy a extraer los datos para saber cómo estáis a día de hoy en materia de habilidades relacionales, o como estamos, yo misma recojo mis datos de cómo puedo mejorar, creo que es un aprendizaje mutuo. Antes de nada, cuando me refiero a la competencia relacional me refiero a saber cómo os manejáis en las relaciones con los pacientes...y también con las personas que os rodean... pero yo voy a centrarme en los pacientes. Qué habilidades tenéis, con qué recursos contáis, la formación que teneis... si se puede mejorar.

Alumna M: claro.

Profesora: El tema de la competencia relacional requiere que haya un buen manejo y que se defina, por eso si me puedes definir la competencia relacional para ver cuál es el concepto que tú tienes.

Alumna M: Para mí la competencia relacional, bueno... es que como este término no lo he escuchado anteriormente, es la primera vez que alguien me habla de él, no se...pero creo que se refiere a la relación, la relación de ayuda.

Profesora: Muy bien, pues entonces dime que es para ti la relación de ayuda para saber si estamos hablando de lo mismo, porque aunque el concepto es el mismo, la definición para ti puede tener un sentido y para mí otro.

Alumna: Para mí la relación de ayuda seria, ayudar a esa persona en el proceso de hospitalización, en la medida de lo posible, a que ese paciente coja autonomía y curarlo desde el punto de vista físico, psicológico, social siempre teniendo en cuenta que hay otros profesionales. Porque yo creo que enfermería es una profesión...un poco...a ver...

Profesora: ¿Que abarca todo?

Alumna: Si, que abarca todo, yo creo que eso es lo adecuado desde mi punto de vista.

Profesora: O que detecta todo también.

Alumna: Si, que estamos ahí al pie del cañón y que somos los que damos la voz de alarma y decir, vale yo aquí detecto un problema físico...médico, detecto un problema psicológico...psicólogo... así.

Profesora: Los enfermeros además de detectar y derivar, tenemos un papel importante en la relación con el paciente. Porque a veces cuando llega la ayuda de otros profesionales puede ser un poco...tarde...o porque ese es nuestro campo realmente, creo que no se puede desglosar a la persona.

Alumna M.: Si, porque esa es también nuestra tarea.

Profesora: Muy bien, pues para mí la relación de ayuda es también un proceso por el que pasa el paciente y el enfermero o profesional va a acompañarle en ese proceso, ayudándole a que el problema que está viviendo, lo vea a modo de espejo desde un punto de vista más objetivo, ayudarle a que se exprese y que busque y encuentre los recursos para salir de esa situación que le produce malestar, de alguna manera que comunique, y debemos hacerle ver que nos ponemos en su lugar y que se sienta que le estamos escuchando, porque la escucha es muy importante.

Alumna: Si el cien por cien creo yo.

Profesora: ¿Qué es para ti la escucha M?

Alumna M: para mí la escucha es estar atento a lo que dice el paciente'.

Profesora: La escucha recoge muchos matices, la postura, la expresión...además del oído. Entonces todo esto nos lleva a que como profesional le estoy facilitando las herramientas para que él pueda hacer ese proceso lo más llevadero, y esas herramientas más que dárselas el profesional, se las vamos a mostrar, pero las herramientas las tiene el paciente.

Alumna: Si claro, si, es el proceso hasta que adquiera esa autonomía que se vea que es posible... que él es competente para hacer eso y llegar a la meta.

Profesora: Estoy de acuerdo contigo, pues creo que estamos hablando de lo mismo

Alumna: Si

Profesora: además M. me gustaría introducir el término empatía, como la base, un pilar fundamental de la relación de ayuda, yo la entiendo a ver si te parece bien como la capacidad que tiene una persona de saber ponerse en lugar del otro.

Alumna: Si, así

Profesora: Es la capacidad que tengo de comprenderlo, y de demostrar que le comprendo, porque no me vale decir te comprendo y ya está, te entiendo, ¿tu que consideras que es la empatía?

Alumna: Es comprender, pero ponerse en lugar del otro creo que tampoco es, porque ponerse en el lugar del otro es imposible si no has pasado por lo que él está pasando, yo creo que es un poco difícil, creo que es intentar comprenderlo, porque no puede ser la misma situación, los mismos problemas... eso sería casi imposible.

Profesora: Lo que pasa que para mí la palabra comprender, no es arrebatarle su sufrimiento y llevármelo yo, sino que la palabra comprender y ponerse en el lugar del otro...no es ponerse por el otro sino en el lugar, es acompañarle en sus sentimientos, no arrebatarselos ni quitárselos, ponernos en su lugar pero no quitarle el lugar, ni invalidarle como persona, nos ponemos en el lugar, pero debemos saber luego hacer un desapego, es como... Me he puesto en tu lugar, he comprendido qué te está pasando pero no te he arrebatado tu sufrimiento y lo que tu estas pasando, como si fuera en primera persona,

Alumna: Si, entendido así, estoy de acuerdo.

Profesora: tampoco poner barreras para no sentir lo mismo, sino más que barreras, es un filtro.

Alumna: si

Profesora: El cuento de las mariposas explica muy bien esta secuencia. Es un reino de mariposas y se ve al fondo un destello, el rey envía a tres mariposas para que averigüen qué es, la primera se acerca y le trae información al rey “si es una luz y parece muy intensa”, la segunda se acerca un poco más y dice “si es una luz intensa y al acercarme sentía cada vez más calor” y la tercera mariposa se acercó tanto que se quemó y se chamuscó solo pudo decir “Es una vela” y...se muere. No es necesario que nos impliquemos tanto que acabemos heridos, debemos acercarnos, observar pero no quitarle el sufrimiento. Entonces seria sentir con el otro pero no por el otro.

Alumna: Si, claro.

Profesora: Ponerme en tu lugar pero no quitarte y pornerme yo, sino saber colocarme para acercarme, para poder ayudarte

Alumna: Si...

Profesora: ¿Que haría yo si quito al otro y me pongo por el otro? Y siento lo mismo que el, (no casi lo mismo)

Alumna: Necesarías ayuda.

Profesora: Efectivamente, muy bien M, necesitaría ayuda y que alguien me echara a mí también una mano porque me he metido en el pozo, y no me tengo que meter en el pozo, sino darle una escalera para que el otro suba, salga.

Alumna: Claro

Profesora: M, me gustaría que me dijeras de todo lo que he dicho que es lo que te ha quedado claro en resumen.

Alumna: Desde lo que hemos hablado ... pues que la competencia relacional es el objeto de estudio, y lo que pretendes es detectar cuales son nuestras habilidades en las relaciones con los pacientes, en las que es fundamental la relación de ayuda.

Profesora: muy bien estoy de acuerdo y sobre la relación de ayuda ¿qué consideras que te he querido transmitir?

Alumna: pues que es un proceso en el que es muy importante la empatía, ponernos en el lugar del otro y la escucha para captar todo lo que nos quiere decir, de forma que podamos acercarnos al paciente y ayudarle a que encuentre los recursos que estos le pueden ayudar a salir de la situación que le hace estar tan mal. Algo así es lo que a mí me ha quedado. Ah y que ponernos en lugar del otro es acercarnos para ver lo que está sintiendo

Profesora: Entonces creo realmente que estamos en el mismo punto de vista de lo que es la empatía y la relación de ayuda. Bueno pues ahora si te parece bien vamos a realizar un roleplaying sobre... yo soy una persona a la que le van a hacer una prueba y de alguna manera voy a descargar en ti... porque eres la persona que ha llegado y de alguna manera, la que tengo cerca para expresar. Yo soy una mujer de 60 años a la que le van a hacer una prueba dolorosa y estoy nerviosa, mi familia apenas me visita, estoy sola totalmente.

Alumna A. M: Buenos días Josefa,

Josefa: Buenos días lo serán para ti, porque de buenos días nada.

Alumna M: ¿Qué le pasa? Cuénteme.

Josefa: que le pasa, que le pasa. Querrá que le diga lo que me pasa....

Alumna M: claro que sí, si estamos aquí para ayudarle...

Josefa: ¿para ayudarme?...ayer me trajisteis la comida fría, eh ... antes de ayer me bajáis a una prueba, y cuando estamos ahí me decís que no es para mí, que es para otra paciente, pero...dices que estáis para ayudar.

Alumna M: (risas). Es que es difícil....

Josefa: Me gustaría que estuvieras aquí en mi lugar, entonces te reirías menos...te reirías menos

Alumna M: No me estoy riendo, cuénteme que le pasa a ver.....

Josefa: que qué me pasa ...

Alumna M: Esta nerviosa?

Josefa: pues como no voy a estar nerviosa me van a hacer una prueba

Alumna M: ¿Que prueba es?

Josefa: ya no sé, si cuando me bajen se van a confundir y me van a decir que no es esa prueba...

Alumna M: y... ¿qué prueba es?

Josefa: me van a hacer una punción para sacarme un líquido que tengo....ahí en el páncreas...que esa es otra, veremos a ver lo que tengo en el páncreas...

Alumna M: El medico ya le ha informado ¿no?

Josefa: Sí

Alumna M: ¿seguro? La veo preocupada...

Josefa: Pues sí tiene razón, estoy cabreada, perdona si te he tratado mal pero estoy muy cabreada...

Alumna M: no se preocupe la entiendo.

Josefa: Hombre es que estoy aquí que no se si tengo algo en el páncreas y luego me hacen una prueba y me dicen que no es, me traen las comidas frías...pues como no voy a estar...

Alumna M: Bueno, el problema de las comidas, vamos a ver si podemos solucionarlo, pero ya sabe que es un hospital, hay mucha gente...

Josefa: si, pero luego le digo caliéntamela y van con una mala sombra... a calentármela...es que tu eso ¿lo ves normal?.

Alumna M: no.

Josefa: ¿Cómo me has dicho que te llamas?

Alumna M: M, no sé si me he presentado...

Josefa: pues tu eso lo ves normal.

Alumna M: no....

Josefa: yo no veo normal que me las calienten... y me pongan mala cara. Vamos que no estoy aquí porque quiero...

Alumna M: ya, le comprendo.

Josefa: que... estoy aquí porque tengo que estar.

Alumna M.: ¿hay alguien acompañándole?

Josefa: no

Alumna M.: ¿por qué?

Josefa: porque yo no tengo a nadie que me acompañe, se murieron mis padres y ya...estoy sola en esta vida

Alumna M: ¿no tiene hermanos?

Josefa: no, soy hija única

Alumna M: ...¿y algún familiar?

Josefa: soy hija única, mi madre era única y mi padre los tres hermanos que tenía fallecieron... y ya mis primos... y ya gente lejana... unos están en valencia otros por Galicia, aquí en Murcia no tengo a nadie.

Alumna M: Vale.

Josefa. Y eso... aquí esperando. Yo perdona si me he descargado en ti, pero es que estoy muy harta, estoy muy harta, me siento sola imagínate que te pasara a ti

Alumna M: (dirigiéndose a la profesora) yo creo que a veces el silencio es bueno pero yo no sé hasta qué punto, es que...es un caso muy extremo, (silencio de 30 segundos)

Josefa. Estoy muy sola, yo estoy muy sola, sola y cabreada esa es mi vida

Alumna M:...¿le gusta leer?

Josefa: si, mi marido me regalaba libros, pero quien me va a traer nada aquí , no tengo ni un libro, pensaba que.... venía por urgencias porque me dio un dolor en el páncreas para irme pronto...y me veo aquí ya no sé cuántos días, tan aburrida.

Alumna M: Josefa aquí tenemos una biblioteca y podríamos gestionar el traerle libros, también la televisión.

Josefa. Pues mira si me hicieran el favor a lo mejor un libro me quitaría un poco el cabreo, porque a mí la televisión, para oír a cuatro tontos políticos hablando...es que yo...de la televisión no quiero saber nada.

Alumna M: Vale, dice que está aburrida, pues un libro... si con el libro considera le puede evadir un poquito, relajarte.

Josefa: Bueno eso sí. Dime que libros hay, no me voy a leer cualquier cosa.

Alumna M: el que le guste lo podemos buscar, y en cuanto el cabreo ya sabe que si por nuestra parte hemos hecho mal, le diré que, lo de la comida vamos a intentar gestionarlo, solucionarlo y en cuanto a la prueba ha sido un error que se puede subsanar a tiempo y esperemos no equivocarnos más.

Josefa. Pues si eso espero, eso espero. Bueno dices que me vas a traer un libro

Alumna M: si

Josefa: Gracias M, por lo menos de todas las que vienen aquí la única en tanto tiempo que me dice que me va a traer un libro...eres tú. Y eso me hace ilusión.

A.M: y cualquier cosa que necesites, ya sabes que estamos aquí, en la medida de lo posible para eso,

Josefa: Vale yo me conformo con que no se equivoquen más y me traigan las cosas bien.

Alumna M: Si eso vamos a intentar solucionarlo, por lo menos la comida que está en nuestra mano... lo de las pruebas ya es un poco externo y ya...no depende tanto de nosotros.

Josefa: Y dile a las que trabajan aquí que si una comida esta fría, lo menos que pueden hacer es calentarla y no poner mala cara.

Alumna M: Si, si... necesitas algo más Josefa?

Josefa: No

Profesora: Bueno el roleplaying ha terminado, y ahora quiero que me digas M ¿cómo te sientes? Como te has sentido...piensas que....has establecido esa relación de ayuda....en gran medida... como te has sentido...

Alumna: Me he sentido en uno de los momentos... bloqueada...pero, es que me has puesto un caso un poco extremo, que en el tiempo que llevamos aquí nunca me había pasado, es que ese es el límite. Tampoco he vivido situaciones que he sabido resolver, también el problema es la falta de información, yo no sé si hay biblioteca aquí. En otros casos si sé que hay más recursos....puedo disponer de ellos y ayudar a esa persona, pero en este caso no sabía si había biblioteca, pero realmente, en lo que he vivido hasta ahora, no había tenido problemas de ese tipo porquecasi todo el mundo tenía familia...todo el mundo ve la tele...será un poco por eso, y los que están así un poquito más tristes, mas cabreados, no han llegado nunca a tanto, como es el caso...pero bien...y en cuanto a esto ...pueses difícil, es difícil tratar en situaciones así y más cuando no estamos preparados...

Profesora: consideras que es difícil.

Alumna: si

Profesora: pero ¿te has visto preparada?, te has visto...

Alumna: no, nada preparada.

Profesora: consideras que la formación que tenéis a día de hoy, os cualifica, os da las habilidades necesarias... porque yo he observado que estabas intentando acoger a la persona.

Alumna: intentarlo lo intento...ahora si lo hago bien o no, no lo sé, porque realmente, nos falta una pata en la mesa, en cuanto a habilidades sociales....de, de escucha activa sí, pero más bien ...ese acercamiento esa empatía que realmente yo creo no la llevamos al 100% como deberíamos llevarla, para la profesión en la que estamos.

Profesora: entonces consideras que una formación adecuada sería necesaria...

Alumna: si

Profesora: Herramientas como ésta que hemos empleado, el roleplaying, el diario de campo etc... nos ayudan a valorar en el alumno la competencia relacional y a formarle en esa materia. El diario de campo es un instrumento que te ofrece que ahí reflejes todo esto.

Alumna: si,

Profesora: o has visto alguna sonrisa...algún gesto, que has visto que te ha llamado la atención. Cada día es totalmente diferente, el diario de campo os da esa opción.

Alumna: claro, nos da esas oportunidades de plasmar ahí...

Profesora: el diario de campo, el alumno que lo haga en este sentido, va a tener un instrumento de autoaprendizaje.

Alumna: claro.

Profesora: porque podéis extraer mucha información. Que os lleva a autoconoceros y a adquirir habilidades.

Alumna: no nos preparan, en esas habilidades.

Profesora: Entonces tú ves necesaria esa formación... consideras que te haría falta formación.

Alumna: si, así es.

Profesora: De acuerdo M, gracias por todo, espero que esta entrevista te sirva, o sea el inicio de algo... en materia relacional y... gracias por tu interés.

Alumna: igualmente.

11.2.-ANEXO II: Consentimiento informado.

Consentimiento Informado para la participación en el estudio Tesis: “La competencia Relacional como aprendizaje fundamental de los alumnos de enfermería en sus prácticas clínicas”.

Estimado Sr. /Sra.:

Objeto de la Investigación.

Estoy realizando un estudio en el hospital Reina Sofía de Murcia, con el objetivo de demostrar la importancia de la competencia relacional en la formación y manejo de las emociones del alumno de enfermería en el inicio y desarrollo de las prácticas clínicas hospitalarias.

La participación en este estudio es realizando una entrevista grabada y un roleplaying, con preguntas abiertas, sobre la competencia relacional que poseen los alumnos en su periodo de prácticas en el hospital.

Me comprometo a respetar los derechos individuales del alumno y el paciente, siendo la encuesta tratada de forma confidencial.

Firma del Investigador Principal

Fecha: ____/____/____/

Tras la lectura de este impresión de consentimiento estoy de acuerdo en participar en este estudio y autorizo a los investigadores del estudio a realizar una encuesta grabada, sobre la competencia relacional en la formación y manejo de las emociones del alumno de enfermería en las prácticas clínicas.

Entiendo que la consulta de estos datos es necesaria para el éxito de este proyecto y que estos datos serán archivados por el investigador principal, de manera que serán salvaguardados.

D. /D^a. _____ Con _____

D.N.I. _____

Firma del participante _____ Fecha: ____/____/____/

11.3.-ANEXO III: Conclusiones desarrolladas.

Las conclusiones de este trabajo de investigación están en función de las categorías propias del análisis que hemos establecido, y que desarrollamos a continuación.

1^a Valor y significado de los conceptos.

Los alumnos conciben los conceptos que utilizamos en éste estudio, en función del contacto y experiencia que han tenido con ellos, esto unido a la autoestima del alumno y a sus valores, genera significados individualizados de cada uno de los términos que empleamos en el trabajo de investigación. Cada alumno da unos matices e importancia a las distintas partes de un mismo concepto, de ahí la necesidad de clarificación de los términos y la unicidad como característica en el alumno a tener en cuenta.

En nuestro estudio de investigación hemos sido conscientes de la importancia de clarificar los conceptos que hemos empleado, ya que si éstos no están claros, no sabemos desde donde partimos, y por supuesto tampoco hacia dónde vamos en nuestra labor de investigación. Necesitamos saber sobre un mismo término, cual es la definición que da el alumno para contrastarla con la nuestra, y darle el lugar que corresponde, de éste modo establecemos una relación profesor-alumno donde se produce una retroalimentación del mensaje que transmitimos.

El feedback como actitud y técnica en la relación con la persona, nos ayuda a que los conceptos se clarifiquen y se produzca la retroalimentación, solo de éste modo sabremos si el receptor comprende lo que le ha dicho el emisor en la relación, o sea, si el alumno ha comprendido lo que le ha dicho el tutor, y por otro lado si el paciente comprende lo que le ha dicho el alumno, por tanto el feedback es una herramienta necesaria en la comunicación. La carencia de ésta da lugar a las interpretaciones que hacemos de la persona con la que nos relacionamos, y esto no ayuda, ni favorece la relación.

Los alumnos no están familiarizados con los términos de competencia relacional y feedback, están más acostumbrados a trabajar en las asignaturas de grado de enfermería con las expresiones de relación de ayuda, empatía y escucha activa. Intentan definirlos ayudándose de otros términos que forman parte del concepto principal, pero necesitan de ejemplos para darle forma a estos conceptos, que tienen una estructura práctica en su definición, esto nos hace pensar que son términos que para aprender hay que sentir. De forma que a partir de todos estos elementos, los alumnos van construyendo los conceptos.

El hecho de que el alumno no conozca el término competencia relacional y que le cueste definir el resto de términos, nos aporta un dato primario sobre su estado actual en competencia relacional. Es difícil que una persona lleve a cabo algo de lo que no ha oído hablar o que no conoce, por lo que el alumno no puede ser competente en las relaciones, si no conoce los términos que le ayudan a ser competente, o bien los conoce pero su definición es incompleta o errónea.

La construcción del término empatía genera dudas al alumno, en cuanto a cómo ponerse en el lugar del otro sin que se hiera en la relación, le lleva a plantearse cuál es la distancia adecuada. Algunos alumnos piensan que ponerse en el lugar del paciente supone suplantarla, y no se trata de eso. Lo ideal es situarse en cero, es decir entre una escala entre menos uno y más uno, estar en 0. Entendiendo que -1 es quedarse herido y quemado por el dolor y el sufrimiento del otro, y el 1 es no empatizar, quedarse frío y distante.

El alumno considera la relación de ayuda como algo beneficioso para ambos, paciente y profesional, pero le cuesta reconocer el carácter unidireccional de la actitud empática, en el que el alumno con su actitud va a proporcionar la ayuda como prioridad sin otra intención de que no sea esa. La bidireccionalidad se da desde el fruto de la relación pero no en la intención porque esta es unidireccional, ayudar al paciente.

2º El estilo de relación que emplea el alumno.

El estilo de relación que utilizan los alumnos en el trato con el paciente durante el ejercicio de roleplaying es el autoritario en primer lugar, seguido del paternalista, ya que la actitud del alumno con el paciente es en mayor proporción, más directiva que facilitadora, y su disposición en la relación está más centrada en el problema que en la persona.

El estilo de relación participativo/empático y democrático, se da en menor medida en la relación que mantienen alumno y paciente en el roleplaying. Sin embargo estos dos estilos se dan con mayor frecuencia en dos momentos puntuales del encuentro con el paciente, que son en la acogida y la despedida del mismo, es decir, cuando el alumno saluda al paciente y se produce un acercamiento, en éste caso utiliza un estilo participativo/ empático al igual que cuando se despide de él. Por lo que nos planteamos que cuando la relación comienza a ser más cálida y comprometida, el alumno establece una distancia y generándole tensión, porque no está en su espacio de confort al no saber qué responder, al no ser competente en la relación. Entonces el alumno comienza a tener una disposición más directiva y centrada en el problema. Acercándose a una actitud simpática, más que empática.

Nos planteamos qué dificultades tiene el alumno para que se aleje de poseer un estilo empático en la relación con el paciente, y es que el hecho de implicarse en dicha relación puede suponer para él pasar por una situación comprometida, si éste no sabe cómo actuar, ni qué decir. A veces es mejor no decir nada y escuchar, pero el manejo de la situación, no siempre es fácil por lo que éste necesita la formación, porque tiene sed de conocimiento. Como quien necesita el agua para beber, el alumno necesita conocimiento para saber.

Para que el alumno lleve a cabo una disposición facilitadora y centrada en el paciente, debe enfocar la relación hacia éste, y a su vez debe conseguir otras actitudes como son la escucha activa, la empatía, la autenticidad, el respeto incondicional, la inmediatez, la concreción y la confrontación, que difícilmente podrá adquirirlas, sin la enseñanza por

parte de un tutor cualificado, y el aprendizaje reforzado mediante ejercicios como el roleplaying, todo ello unido al autoconocimiento, al conocimiento de su estilo relacional y su grado de empatía en la relación.

3^a La empatía terapéutica.

El alumno dice al paciente que le comprende, sin embargo sus acciones no transmiten comprensión, porque actúa de forma directiva y sin centrarse en la persona sino en el conflicto que tiene. Los alumnos tienden a buscar soluciones al conflicto, piensan que de esa forma ayudan, e incluso a veces dan órdenes y no dejan a la persona que exprese. Si el alumno realmente se pone en el lugar del paciente, verá con los ojos del paciente, y sentirá con el corazón del paciente, sin ser el paciente, entonces sabrá cuales son las necesidades de éste, y así podrá escucharle de forma adecuada, y con expresiones llenas de comprensión, con autenticidad, para así establecer una relación de ayuda.

El alumno no tiene habilidad para responder a los sentimientos, porque no ha trabajado dicha habilidad, sin embargo dar soluciones a los acontecimientos, está más a su alcance, son pequeños parches que arreglan la rueda para que siga girando, pero el origen del problema está en la propia persona, y eso es lo que hay que tratar, escuchando y sin afán de solucionar los problemas de nadie, porque cada persona se soluciona los suyos.

En relación a los niveles de comprensión empática los alumnos mantienen un nivel II, en el que como hemos señalado anteriormente responde más a los contenidos de lo que el paciente expone, aunque tiene en cuenta los sentimientos. Encontramos que los alumnos difícilmente llegan a un nivel III, o sea que les es costoso expresar los sentimientos del paciente y no añaden nada nuevo a la relación.

El alumno debe estar capacitado para percibir correctamente lo que experimenta la otra persona (formación en empatía), y por otro lado saber comunicar mediante las técnicas de comunicación, empleando un lenguaje que se acomode a los sentimientos del paciente. La capacitación del alumno se consigue con el conocimiento y la experiencia, de lo contrario los alumnos no podrán llegar a profundizar en su grado de empatía en un nivel IV o V según la escala de Carkhuff, en la relación.

4^a El interés que muestra el alumno.

Un alumno con interés, es un competente relacional en potencia. El interés de la mano de la motivación, forman la pareja perfecta, si no existen éstos dos, que tenga interés y que esté motivado, es complicado que el alumno trabaje la competencia relacional. Tanto el interés como la motivación, pueden fluctuar en el tiempo y en intensidad, por ello factores externos ayudan a despertarlos, o intensificarlos, entre los que destacamos la tarea del tutor.

La entrevista y el roleplaying son instrumentos que favorecen a que aparezca el interés en el alumno. Algunos alumnos de los incluidos en el estudio de investigación detectaron a partir de la entrevista, cuál era su estado en competencia relacional, y a

partir de ese día verbalizan, que fueron más conscientes de situaciones que requerían de la relación de ayuda, no es que antes no se dieran, sino que el alumno al haber tomado conciencia, favorece a que sea conocedor de esas situaciones y se manifiesten de una forma más intensa, rememorando su estado de incompetencia.

En nuestro estudio de investigación aparece a modo de triangulación lo que el alumno siente, piensa y refleja en cuanto a su competencia relacional, en el ejercicio del roleplaying. A las emociones no podemos llegar, ni es nuestro objetivo, pero a los sentimientos sí, que son el reflejo de éstas, si el alumno las expresa. De modo que hemos trabajado con dichos sentimientos, a lo que denominamos competencia relacional percibida y sentida por el alumno. Por otro lado también hemos conocido los pensamientos que el alumno ha expresado sobre su competencia, a la que llamamos competencia relacional concebida, la que el alumno considera que posee. Para después ambas competencias contrastarlas con lo que el alumno ha reflejado, que sería la competencia relacional reflejada, con respecto a su estilo relacional y al grado de empatía que posee.

Por ello podemos afirmar que aquellos alumnos que se sienten incompetentes en la competencia relacional sentida, inmediata al roleplaying, se siguen sintiendo así en la competencia relacional concebida, la que piensan que tienen, y en la reflejada que muestran en el diario de campo. Es muy difícil que tras la incompetencia sentida, el alumno se vea competente después, en la competencia concebida. Cuando se produce este hecho, al que hemos denominado competencia aparente, es porque el alumno vive dicha competencia como fruto de su ignorancia en materia relacional.

Cuando el alumno se siente competente en primera instancia, no se va a sentir incompetente después en la competencia relacional concebida. Porque los sentimientos y emociones vividos tras el roleplaying (competencia sentida) tienen mucho más peso que los que el alumno concibe después, y difícilmente varía la competencia concebida. En este caso la competencia reflejada, le puede abrir la visión sobre su competencia real, y este hecho puede motivarle a que trabaje y adquiera habilidades en competencia relacional.

Si el alumno vive una situación de mayor o menor estrés en la relación con el paciente o incluso con el equipo que trabaja, brotan todos sus miedos, y se produce un flash emocional en el que puede expresar de una manera más pura qué es lo que ha percibido en esa relación. Conforme pasan las horas, los días, se va distorsionando la información, y se enmascara la vivencia con pensamientos que proceden de la razón. De ahí que se considere que el diario de campo se debe escribir diariamente. Los tutores deben incentivar a los alumnos a que al terminar la jornada de prácticas escriban sobre sus vivencias, como parte de la práctica reflexiva y diaria.

Las referencias o alusiones que el alumno expresa en el diario de campo con respecto a la relación con el paciente son reflejo del interés que tiene en la competencia relacional. Dependiendo del tratamiento que le da a dichas referencias, podemos hablar de descripciones, reflexiones o análisis de las relaciones que lleva a cabo. El nivel de

profundidad de cada vivencia marca a su vez el nivel de interés del alumno en ésta materia.

5º El autoconocimiento.

Para que el alumno se conozca así mismo, debe sacar las emociones dejando que tomen forma de sentimientos, que el mismo pueda reconocer y expresar. Cuando éste reconoce sus sentimientos, puede invitarles a tomar asiento o bien a que se marchen, en la primera opción, el alumno acepta a su propio ser y esto le permite trabajar las distintas fracciones de su persona, para componerse como un todo, las que le producen satisfacción, y las que no le terminan de convencer, dejando que se expresen esos sentimientos. En la segunda opción da la espalda a lo que no le convence de él mismo. Por el contrario el alumno debe abrazar aquello, que pese a no ser lo que le gusta de sí, le hace crecer. Para que la relación que mantiene consigo mismo sea símbolo de autoestima y de crecimiento de su ser, hacia el autoconocimiento, la autocomprensión y la autorealización.

En la medida que el alumno conozca los sentimientos que tiene en cada situación, podrá reconocerse a sí mismo, y manejar dichos sentimientos, de ésta forma sabrá reconocer los de la otra persona que a modo de espejo interaccionan con él, ello le ayudará a llevar a cabo relaciones interpersonales cargadas de actitudes para que se dé una buena relación, como son la empatía, escucha, autenticidad, respeto incondicional, inmediatez, concreción y confrontación.

A veces encontramos que el alumno de alguna forma huye de todo este entramado de sentimientos, porque se produce un movimiento interior que le lleva a sacudir aquello que le resulta una carga, lo podríamos asemejar a un terremoto interno, es difícil para la persona sentarse y hablar consigo mismo, de sus miedos, sus negaciones y su incertidumbre, hasta que descubrimos que es la mejor relación que jamás hemos podido iniciar, amarnos a nosotros mismos.

El alumno vive un rol de estudiante en el que se siente que pertenece a un grupo con determinadas características, dentro del equipo de salud se consideran en ocasiones el último elemento en la escala que ellos se construyen mentalmente, sin embargo los alumnos expresan momentos en los que sienten que se valora el trabajo que realizan, por parte del tutor cuando reciben palabras de aliento y satisfacción, y por parte del paciente, cuando en la relación se produce un acercamiento y escucha, en la que el paciente los nombra y se dirige a ellos en palabras de agradecimiento, incluso en presencia de otros profesionales, los enaltecen y agradecen su labor. Considero que este dato es muy importante e interesante en nuestra investigación, porque el paciente muestra al alumno, que es fundamental ese acercamiento, y la importancia de la relación, en contraposición con la idea generalizada que poseen los alumnos y algunas investigaciones que hemos consultado, donde en primera instancia priman objetivos como la destreza en las técnicas y procedimientos, por supuesto, necesarios e imprescindibles en nuestra profesión, pero en los que el paciente se muestra más

inseguro cuando el alumno va a llevarlos a cabo, y aún más cuando no integra en ellos el cuidado relacional.

El alumno confecciona un perfil del enfermero que le gustaría ser, en base de lo que él quiere ofrecer al paciente y de lo que desea recibir del tutor, además a ello se suman las experiencias más o menos enriquecedoras o frustrantes, que apoyan la base y moldean la figura del profesional que el alumno aspira ser.

El alumno en la relación con el paciente, verbaliza que en ciertas ocasiones no sabe qué decir, ni cómo actuar, dice estar bloqueado y a la vez muestra interés por aprender a que no se den estas situaciones que le producen estrés. Al igual, le pasa con la familia del paciente. Para los alumnos resulta complicado manejar la situación en momentos de conflicto. Las relaciones interpersonales son extrapolables a toda persona que aparece en su entorno en el desarrollo de las prácticas clínicas, desde el punto de vista profesional y también el personal.

Las relaciones interpersonales pueden afianzar o deteriorar al alumno en su quehacer práctico, la influencia de las relaciones, en gran medida con el tutor pueden motivar o desmotivar al alumno llevándole a concebir sus prácticas desde satisfactorias a insatisfactorias. Ante las muestras de aprendizaje, acercamiento y la acogida cordial del tutor, el alumno expresa sentimientos de bienestar y de motivación. Por el contrario cuando reciben un trato poco cordial o se sienten humillados, éstos verbalizan que se les hace costoso ir a las prácticas, y tienen momentos de llanto, impotencia y frustración.

La unidad de quirófano, los alumnos la describen como un lugar frío, donde impera la técnica y en la que observan que la relación con el paciente se queda en un segundo lugar, sin embargo detectan que en la antesala de quirófano o preanestesia el paciente vive con gran intensidad ese momento, y éste demanda una relación cálida y de reconocimiento. Este dato resulta muy interesante puesto que en la evaluación que realiza el tutor del alumno a su paso por quirófano, no se contempla esta necesidad de relación. En esta unidad, los sentimientos del alumno pasan por distintas fases, en las que ponen de manifiesto que están poco tiempo y cuando empiezan a instrumentar, tienen que cambiar de unidad, también verbalizan sentirse un estorbo y descubrimos que este sentimiento está relacionado con el desconocimiento del funcionamiento de la unidad, que crea sentimientos de poca efectividad en él, y en función de la acogida y relación que mantiene el alumno con el tutor y el resto del equipo. El alumno necesita de una relación afectiva con el tutor, el paciente necesita de una relación afectiva con el profesional, creo que se pone de manifiesto la gran necesidad que tenemos las personas de que exista una relación afectiva y efectiva en todos los procesos de la vida.

En general, los alumnos exponen que prefieren la unidad de hospitalización a la de quirófano, porque pueden mantener una relación más duradera con el paciente, están más tiempo en éste servicio y por tanto mantienen más tiempo con el tutor de planta respecto al de quirófano, también reconocen que adquieren más experiencia ya que se habitúan a los procedimientos que se llevan a cabo en éste servicio, y en líneas generales, se sienten más acogidos.

Independientemente del servicio de quirófano o de hospitalización el alumno necesita mantener una relación con el tutor, correcta, cordial y de formación, imprescindible para su aprendizaje. El alumno que no mantiene una relación en éstos términos, no alcanza la satisfacción en sus prácticas, esta afirmación está basada en las experiencias de algunos alumnos que lo reflejan en sus diarios de campo y personalmente me lo transmiten como coordinadora de las prácticas clínicas.

Por eso en este trabajo hemos hecho de coleccionistas de los sentimientos que han expresado los alumnos, para hacérselos ver y que se planteen que van a hacer con ellos, nosotros no los queremos porque no nos pertenecen, al igual que al alumno no le pertenece el sufrimiento ajeno, pero nuestra labor es mostrarles los sentimientos que han reflejado y en forma de qué actitudes se han manifestado. A partir de ahí el alumno puede reflexionar y encontrar sus recursos para reforzar las carencias que le impiden ser y estar. Ello nos hace reflexionar también a los docentes, y en este caso mi reflexión es que todo lo que construimos no deja de ser una relación constante con nosotros mismos y con todo lo que nos rodea, por eso mejor estar bien preparados.

En la profesión enfermera tendemos a quedarnos en gran parte de las ocasiones, con el sufrimiento ajeno, y el alumno que es un ser creciente en éstos términos, adquiere una educación profesional en la que apenas le enseñamos a caminar en el dolor, en la muerte, o en el sufrimiento. Por eso aparece el queme profesional, por nadar a contracorriente, sin que nadie nos haya explicado que a veces hay que seguir el curso de la corriente y otras veces debemos aprovechar la calma de la misma para poder avanzar. Y en un respiro preguntarnos donde están los maestros.

Los alumnos hablan de que la experiencia les enseña y tienen toda la razón pero nosotros no queremos que aprendan a base de experimentar golpes de experiencia, preferimos que conozcan sus herramientas y vayan preparados, y esa preparación la encontramos en la madre universidad y el padre hospital. Entre la familia queda la cuna del niño-alumno que nace y crece, somos responsables profesores, enfermeros, profesionales de esa figura alumno, y de su formación.

6^a La formación.

El alumno todavía está acostumbrado a la clase magistral, donde la interacción con el profesor durante la misma es prácticamente nula, consideran que para ser un buen enfermero/a necesitan una formación que integre teoría y práctica. Tanto la práctica se queda incompleta sin la teoría como la teoría sin la práctica.

Para integrar la teoría con la práctica los docentes podemos emplear herramientas que nos aporten una visión del alumno en la que ponga de manifiesto el saber, saber ser y estar y saber hacer. Estas herramientas son el roleplaying, la entrevista, el grupo de discusión y el diario de campo.

El roleplaying es la herramienta que nos sirve para el análisis de estilo donde vamos a ver como interacciona el alumno, es el que más datos e información nos aporta sobre la relación y el manejo de la comunicación. El alumno aprende de la relación.

En el diario de campo el alumno expresa lo que considera, es el que más nos aporta en la reflexión, fruto de sus sentimientos filtrados por los pensamientos. Esta herramienta tiene un valor importante para la investigación, pero debemos matizar, que puede ser susceptible de interpretaciones, de forma que antes de cualquier conclusión, ésta debe ser clarificada previamente con el alumno. El alumno aprende de sí mismo.

En el grupo de discusión no podemos centrarnos en cada alumno solo de forma puntual, sin embargo es el que más nos aporta a nivel grupal. Vemos cómo los alumnos interaccionan unos con otros. El alumno aprende de los compañeros.

La entrevista y el roleplaying como instrumentos para la formación abren una puerta a la reflexión y mejora en competencia relacional, prueba de ello son las anotaciones sobre la entrevista que el alumno refleja en el diario de campo, o las reflexiones que algunos alumnos realizan en el grupo de discusión, donde observamos que éstos hacen referencia al día que tuvo lugar dicha entrevista, y exponen que para ellos fue un antes y un después, ya que verbalizan que les ha aportado conocimientos en materia relacional, despertando en algunos de ellos el interés por la competencia relacional.

Es necesario formar al alumno en el conocimiento y significado de la técnica de feedback, para que adquiera la capacidad necesaria y lo pueda poner en práctica en las relaciones interpersonales que establece con el paciente.

Los alumnos en el diario de campo expresan la definición de relación de ayuda de forma más completa y organizada, que la que expusieron el día de la entrevista. Con ello se detecta un cambio y afianzamiento en los conceptos desde el día que se llevó a cabo la entrevista con el alumno, con respecto a lo que refleja en el diario de campo, ese cambio es significativo pero no es productivo, en base a que solo se afianzan conceptos pero no se ponen en marcha, no pasan a la acción. Lo que llevaría al alumno a un cambio más profundo en la competencia relacional, sería la revisión y seguimiento del estilo y actitudes que utiliza en las relaciones que lleva a cabo con el paciente, todo ello sería factible con la formación en esta materia.

En la relación con el paciente existe una variable cuantitativa con carácter cualitativo en cuanto a las relaciones se refiere, es el tiempo, la organización de éste es fundamental en la relación. Debemos marcar un tiempo para llevar a cabo la relación y hacérselo ver así al paciente. Por otro lado gestionar el tiempo también supone incluir en los cuidados más técnicos la parte relacional, mientras colocamos al paciente de una determinada manera, o al realizarle alguna técnica o procedimiento, explicarle lo que vamos haciendo. Todo ello forma parte también de la formación y organización del profesional en su actividad diaria.

El alumno no analiza la relación con el paciente desde el punto de vista de la competencia relacional. Describe la situación, reflexiona sobre sus acciones pero aparece un análisis muy superfluo y personal, que es beneficioso para el autoconocimiento, pero no suficiente para mejorar su competencia.

Los alumnos afirman que no están preparados en materia relacional y demandan formación, se quejan de que en la Universidad la teoría no integra la práctica, expresan su dificultad en la relación con el paciente, su afirmación es rotunda.

En relación a la formación los alumnos consideran que la universidad debería capacitarlos para ser competentes en las relaciones. El alumno tiene interés por ayudar en la relación con el paciente, pero no puede dar lo que no tiene, la formación. Entonces ayuda pero a su manera.

Desde nuestro conocimiento, no llegamos a entender que en el plan de Bolonia, se contemple la competencia relacional como parte del currículum universitario y que todavía existan universidades en las que no aparezca como asignatura. Necesitamos alumnos formados pero también profesores formados, no todo nuestro objetivo revierte en el alumno.

El enfermero debería plantearse por tanto, la descripción, la reflexión y el análisis de la relación que establece con el paciente, para diagnosticar en qué grado de profundidad se llevan a cabo, y con las intervenciones oportunas cómo debería mejorar. Entendemos que la relación de ayuda está inmersa en el cuidado y no corresponde a un plan de cuidados en toda regla, pero es fundamental establecer unos niveles para avanzar en ésta materia.

Existen diagnósticos sobre cómo se siente el paciente en relación a su proceso de enfermedad. Estos diagnósticos figuran en la NANDA con un gran número de objetivos e intervenciones para las cuales somos conscientes de la no existencia de formación reglada en las Universidades. Lo que detectamos es que a día de hoy no existe un diagnóstico sobre la relación terapéutica que establece el enfermero/alumno con el paciente en el que se pueda medir el nivel de comprensión empática en dicha relación. Echamos en falta un diagnóstico dirigido a la relación, enunciado por el enfermero, asentido por el paciente, mediante una herramienta de validación lo más objetiva posible.

De todo ello podemos deducir que desde el punto de vista académico el alumno necesita en su formación la preparación en materia relacional, para entre otras muchas acciones, poder plantear los objetivos que cita la NANDA y así poder llevar a cabo sus intervenciones.

Si el alumno tiene el interés y la motivación, pero carece de las herramientas necesarias para llevarlos a cabo, todo se queda en un proyecto, pero no en una realidad. Por ello es fundamental un tutor que le guíe e instruya en éstas artes, el arte relacional.

El alumno ve en el tutor su referente, por lo que la formación del tutor repercute directamente en la formación del alumno. En éste sentido nos planteamos si los tutores están formados, si no es así, invitamos a reflexionar sobre la necesidad imperativa que se pone de manifiesto en este trabajo de investigación.

La competencia relacional es un campo a investigar, debemos señalar que apenas hemos encontrado bibliografía sobre esta materia y con ello somos conscientes de que éste camino está trazado, pero estamos en los inicios del recorrido, pese a que algunos autores de los nombrados en la bibliografía, llevan gran parte de su vida labrando el terreno que necesita de la valoración y reconocimiento, que viene de la mano de las instituciones públicas, tanto universidad como hospital necesitan de ese impulso por parte de quien corresponda, para de forma oficial trabajar las relaciones que al fin y al cabo, son la base de la vida en sus distintos procesos. Si a cada uno de nosotros nos preguntan cómo queremos que nos cuiden en nuestros días de hospitalización considero que todos, pulsamos el botón de encendido que contempla la relación como la que abraza al cuidado más técnico, hablamos del cuidado relacional.

Algunas Universidades Españolas imparten asignaturas en las que forman a los alumnos en materia relacional, por lo que esto supone un agravio comparativo en cuanto a la formación de alumnos competentes en relaciones, frente a los que con igualdad de título universitario no adquieran dicha competencia.

Por tanto podemos concluir este estudio de investigación, afirmando que la competencia relacional tiene el peso suficiente en la formación del alumno de enfermería, como para que forme parte de las asignaturas obligatorias, que constituyen el currículum universitario del futuro enfermero, como profesional por excelencia.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO IV: La evaluación del diario de campo en materia relacional.

Si nos preguntamos ¿por qué realizar un diario de campo?, una de las respuestas de gran peso, es que necesitamos una herramienta que pueda traducir o reflejar los momentos más significativos del aprendizaje del alumno a pie de cama. Un instrumento que favorezca el desarrollo y la evaluación de competencias, que tienen un fuerte componente actitudinal y personal.

Criterios de Evaluación.	Puntuación: Si: 1 punto. Puede oscilar entre 0-1 No: 0 puntos.	Si	No
1-Presentación de la tarea. (forma)	1.1-Portada: Título, nombre, Correo electrónico o Teléfono de contacto.		
	1.2- desarrollar la creatividad y originalidad. Cuidar la presentación del Diario (Portada, márgenes y encabezado)		
	1.3-Confección diaria (hacer constar la fecha en el margen superior izquierdo cada día).		
2-Calidad de la tarea. (contenido)	2.1- Sentido de pertenencia. Exponer su evolución y como se identifica dentro del equipo de salud como alumno, como persona, indicando aquellas acciones que le hacen sentir que pertenece al mismo.		
	2.2.- Participación Activa. Participar de forma activa, bajo la tutela de los profesionales, en la planificación y ejecución de los cuidados		
	2.3- Pensamiento crítico y reflexión. Observar, analizar e interiorizar, las situaciones que vive el alumno, describiendo la información que recibe desde la perspectiva del pensamiento crítico, mostrando una actitud reflexiva en cada encuentro con el paciente.		
	2.4- Cuidados Integrales. Describir los cuidados integrales que pongan de manifiesto que hay una consonancia entre los procedimientos enfermeros y el cuidado relacional.		
	2.5- Relación de ayuda. Escribir un dialogo derivado de una de las vivencias que el alumno haya tenido con el paciente, donde se ponga de manifiesto si ha habido una relación de ayuda o cuidado relacional		

	2.6- Habilidades relacionales. Reflejar las habilidades relacionales que ha puesto en práctica con el paciente y valorar si se ha establecido la relación de ayuda. Elaborar una hoja de registro donde aparezca claramente 1.-la situación vivida, 2.-la emoción que ha producido en mí y 3.-los pensamientos que he tenido en ese momento.		
	2.7- Autoevaluación de las prácticas clínicas. Un breve resumen (1folio aproximadamente), donde el alumno evalúe sus prácticas. Repaso del diario y referencias de los siete puntos del apartado número dos.		
Resultados y observaciones			

En la evaluación del diario de campo existen dos apartados principales que son, la forma y el contenido.

1.- La forma. La presentación de la tarea.

1.1- El alumno debe poner en la portada el título y subtítulo en su caso, la asignatura, el curso de estudios (2012-2013), su nombre y apellidos, el correo electrónico y un teléfono de contacto.



Fig.1.

1.2- El diario de campo es un documento personal, individual y único, en él se debe desarrollar la creatividad, fruto de la creación mediante dibujos, fotografías, esquemas, colores...etc., de esta forma el alumno va a reflejar su estilo, debe ser original, o sea, un trabajo que aporte ideas nuevas, que no sea copiado ni imitado de otro. Dentro de este apartado también se debe cuidar la presentación del diario, elegir la portada que le guste, debe establecer unos márgenes y encabezado determinados, cada hoja tiene que ir paginada, sin faltas de ortografía y debe utilizar una letra clara, que facilite la lectura.

1.3- La confección debe ser diaria porque así se establece una estructura y seguimiento, creando un hábito en el alumno que favorece a su organización, la fecha debe constar en el margen superior izquierdo, a veces los alumnos expresan que “no saben qué decir porque todos los días son iguales” entonces me cuestiono si se está llevando a cabo correctamente la ejecución del diario, porque las impresiones y argumentos varían según las circunstancias, cada día vamos ampliando información y un mismo suceso no es igual a otro, puede ser similar y precisamente esa similitud puede reforzar o no ciertas conductas que debemos o no afianzar, también pone de relieve la evolución del alumno ante situaciones parecidas., a veces lo que creemos que es lo más relevante pasa a un segundo lugar, y aquello a lo que en principio no le damos importancia, puede que la vaya cobrando con el transcurso de la práctica, permitamos entonces dar a lo que vivimos el tiempo necesario para que se desarrolle y de lugar a la enseñanza.

26/01/2014	28/01/2014	29/01/2014	30/01/2014
Hoy es mi primer día de prácticas, hemos recorrido la planta de hospitalización a modo visita.... 1	En estos momentos es cuando procedo a realizar una técnica: canalización de vía periférica, he recogido todo el material necesario en una batea conozco el protocolo, pero estoy nervioso por miedo a fallar y hacerle daño al paciente... 2	Hoy he pasado a ver al paciente de la habitación X, le dije que si tenía tiempo le visitaría, y así fue. He estado hablando con él... 3	Todos los días realizo las glucemias capilares y tomo las constantes a los pacientes que llevo a mi cargo como estudiante, estaba cansado de hacer lo mismo, hasta que me di cuenta que mientras realizo esas actividades si hablo con ellos de cómo se encuentran o intercambiamos opiniones recibo algo muy especial una visión desde el lugar donde están y lo complicado que es "ser paciente". 4

2.-El contenido. La calidad de la tarea.

En cuanto al contenido de la tarea, se recomienda que el alumno recoja sus impresiones en una libreta que lleve consigo, tomando las anotaciones que derivan de la

práctica, porque en ese momento a modo de esquema puede señalar lo más significativo, para desarrollarlo después en un procesador de textos tipo Word. En el diario debe expresar la experiencia vivida durante la jornada de prácticas. Es muy importante que el alumno utilice expresiones propias de un lenguaje respetuoso y siempre al margen de críticas o enjuiciamientos, así evitaremos actitudes en nosotros que se alejen de producir daños morales a otras personas, con este aprendizaje establecemos la base para dar más cabida a la humanización en nuestra forma de proceder.

2.1- La pertenencia dentro del equipo de salud

En este apartado el alumno en primera instancia debe describir y expresar desde su punto de vista, como percibe su relación con el tutor, la interacción entre ambos y la evolución que considera ha habido durante las prácticas, desde el respeto y la educación, teniendo en cuenta que los tutores son profesionales asignados como tales y van a integrar la docencia como parte de su trabajo, poniendo en ello esfuerzo y dedicación .Tras este matiz con respecto al tutor, el alumno debe hacer extensible su pertenencia dentro del equipo.

El sentido de pertenencia es sentirse parte de un grupo o de una institución. Siguiendo sus normas se da una identidad y una seguridad, mientras más segura se sienta la persona, más elevado será su sentimiento comunitario y estará más dispuesta a seguir normas de convivencia (Clarke, 2003). Así que el alumno debe ir adquiriendo esa integración en el equipo y exponer sus vivencias en este sentido.

2.2- Participar de forma activa.

Participar es hacer algo, tomar parte. Es un proceso en el que uno se emplea logrando y/o contribuyendo a que se obtenga un resultado y a su vez la actividad realizada le proporciona un crecimiento.

La participación es un continuum, exige repartir la capacidad de decisión, cuando hablamos de que los alumnos participen de forma activa nos referimos a que se involucren en las tareas con interés, o sea que frente a un carácter pasivo de esperar que te digan lo que tienes que hacer, encuentren la manera de buscar soluciones, poniendo sus capacidades en manos del servicio en el que están, y cuando hablo de capacidades me refiero a aquellas acciones que el alumno puede llevar a cabo por su formación y cualificación bajo la supervisión del tutor, lejos de actuar de forma imprudente. Por ejemplo si suena un teléfono o un timbre de una habitación debemos contestar a esa llamada, aunque el alumno no sea el destinatario puede dar el recado a la persona en cuestión. Participar de forma activa, bajo la tutela de los profesionales, en la planificación y ejecución de los cuidados individualizados, explicando a la persona y/o familia aquellos que se le van a realizar y responsabilizándose en conocer a las personas asignadas para establecer un mejor cuidado relacional.

2.3- Pensamiento crítico y reflexión.

El pensamiento crítico hace referencia al arte de razonar, con ello lo que se propone es examinar la estructura de los razonamientos sobre cuestiones de la vida diaria, y tiene una doble vertiente analítica y evaluativa. Intenta superar el aspecto mecánico del estudio de la lógica, así como entender y evaluar los argumentos que nos planteamos (Valente, 2007).

Por otro lado el pensamiento reflexivo es el modo de pensar que nos permite “REVISAR” NUESTRAS IDEAS Y TOMAR CONCIENCIA DE ELLAS. El modo de pensamiento reflexivo va a hacer que reconozcamos y valoremos nuestra forma de pensar. Pensar reflexivamente nos permite tomar conciencia de nuestro “estilo de pensamiento”, así como de nuestra “mentalidad” (Dewey, 2007).

Hay tres fases por las que atraviesa el pensamiento reflexivo: parte de un estado de duda o de dificultad mental, de conflicto inicial - que suscita la actividad del pensamiento -para dar paso a un proceso de búsqueda, de investigación racional, con el fin de encontrar alguna información que esclarezca la duda de la que partimos. Si el paciente nos pregunta sobre el valor de su glucemia capilar y le decimos la cifra, podemos plantearnos que la curiosidad que tiene, es fruto de su participación en el autocuidado, dependiendo de la cifra si está dentro de valores considerados óptimos o no la reacción de ambos paciente y enfermero va a ser diferente, ya que aunque las emociones de ambos son diferentes: paciente- por encima de valores normales siente en mayor grado su enfermedad.

A continuación vamos a poner un ejemplo de pensamiento crítico y pensamiento reflexivo en relación a la toma de la glucemia capilar.

La persona	Valores óptimos.	Valores no controlados.
Paciente	<p>Sentimiento de recuperación.</p> <p>Conductas reforzadas “así es como debo estar”. Voy mejor y debo mantenerme.</p> <p>A veces puede que genere una confianza desmesurada y puede llevarle a conductas no adecuadas, como excesos en la alimentación.</p>	<p>Sentimiento de enfermedad, poca adherencia al tratamiento o pese a tener disposición, no aparecen los resultados deseados.</p> <p>Confluir de sentimientos que pueden abarcar apatía, desconsuelo, tristeza....</p>
Enfermero Pensamiento crítico y pensamiento reflexivo.	<p>El paciente evoluciona de forma favorable en el control de su diabetes. No hay que inyectarle dosis adicionales de insulina.</p> <p>El tratamiento está siendo efectivo. Mantenimiento.</p>	<p>El paciente está mal controlado, debo revisar donde puede estar el problema, si es en la alimentación, el tipo de insulina, la medicación o el sedentarismo.</p> <p>A partir de la revisión voy a llevar a cabo una serie de intervenciones.</p>

Fig.1. Ejemplo de pensamiento crítico y reflexivo. Elaboración propia.

Pensamiento crítico: sé la técnica pero me planteo si he realizado la prueba correctamente, he limpiado el dedo con suero salino, despreciando la primera gota de sangre, el aparato funciona correctamente (análisis), si oriento el dedo hacia abajo la sangre fluye y por gravedad puedo captar mejor la gota de sangre (evaluación). Puedo decirle al paciente que lo coloque de una determinada manera para favorecer a ello. En los protocolos de enfermería pone que no apretar la yema del dedo (análisis), y me doy cuenta que es porque hay que masajear desde la falange proximal hacia la distal. Eso lo he realizado correctamente (evaluación). El pensamiento crítico invita a contrastar con fuentes bibliográficas y dar veracidad al conocimiento.

Pensamiento reflexivo: la gota de sangre era suficiente, si lo era bien, pero si no, la próxima vez tengo que masajear más el dedo, para favorecer la circulación, escrutaremos las posibles causas del fenómeno experimentado para, finalmente, llegar a una conclusión que arroje luz sobre el interrogante que desencadenó el proceso reflexivo. El pensamiento reflexivo, invita al análisis y al autoaprendizaje.

2.4.- Cuidados Integrales.

Si llevábamos a cabo el estudio de una enfermedad como un fenómeno puramente biológico tendrá inevitable consecuencia en los resultados físicos de la enfermedad. Muchos de los síntomas causantes de una enfermedad son el resultado de pensamientos vividos por el sujeto como consecuencia de las emociones que experimentamos con los estímulos (Lobo, 2010). Los alumnos van a realizar cuidados integrales al paciente y estos deben quedar registrados en el diario de campo, así cuando utilicen los protocolos enfermeros propios de las técnicas que realizan, deben tener en cuenta las dimensiones que confluyen en el encuentro con el paciente: la física, emocional, social, espiritual. Por ejemplo: voy a curarle la herida del pie pero a la vez me pregunta cómo va la herida, entonces que le contesto o no digo nada, detecto que confluyen sentimientos tanto en el paciente como en el alumno ¿qué hago con ellos?.

2.5.- Relación de ayuda. La relación de ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de la salud) captará las necesidades del otro (paciente), con el fin de ayudarle a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual (Cibanal, 2003).

El alumno debe escribir un dialogo derivado de una de las conversaciones que este haya tenido con el paciente, donde se ponga de manifiesto si se ha dado una relación de ayuda o cuidado relacional.

No consiste en forzar la situación para que se de esta premisa, consiste en estar atento a aquellas conversaciones que se establecen con el paciente y transcribirlas de la manera más objetiva, como si se tratara de una secuencia cuya cámara son nuestros propios ojos.

Por ejemplo: A María le van a hacer una analítica y me dijo que los pinchazos no los soportaba, yo le conteste que eso no era nada y que seguro que no le iban a hacer daño, ella contesto que como no era yo...

El diálogo quedaría así:

-Maria: los pinchazos no los soporto.

-Alumno: anda si eso no es nada, además ya verás como no te van a hacer daño.

-María: claro como no es a ti.

-Alumno: bueno María, a mí también me han pinchado más de una vez, y tienes que ser fuerte.

Le cogí la mano y me fui de la habitación con una sonrisa de María.

A partir de este diálogo puedo analizar si la relación que se ha establecido entre paciente y enfermero ha sido empática y si hemos cubierto la necesidad del paciente. Analizamos cual ha sido realmente la necesidad, ¿Qué no le pincharán? O sentirse comprendida.

2.6.- Habilidades relacionales. Cuando hablo de habilidades relacionales me refiero a cómo el alumno establece las relaciones interpersonales, cómo participa de ellas, por ello es conveniente que se recoja información detallada de los momentos que al alumno le hayan llamado la atención por la situación generada: alegría, conflicto...independientemente que sea con el paciente, familia o con los profesionales que forman el equipo de salud. Por ello es importante que refleje la situación vivida.

Por ejemplo: El alumno x ha presenciado cómo un hijo le gritaba a su padre desorientado en la cama tras llevar dos días de ingreso. El alumno ha vivido y observado una situación difícil en la que denota conflicto entre ambos, pues anota en su libreta: conflicto entre padre e hijo por la desorientación del primero, entonces se plantea qué es lo que siente a nivel emocional y personal, y cuáles serían las actuaciones según el rol profesional.

1º Narro la situación de la manera más objetiva como observador y no participante del suceso.

2º Si he tomado parte de la acción analizo mi forma de proceder y lo que ha generado en mí. Actuación y emoción, si no es así voy directamente al punto 3.

3º Reflexiono sobre lo sucedido, e intento sacar qué actuaciones se alejan y cuales se acercan a los cuidados enfermeros, si pondría sujeción mecánica, si le daría un tranquilizante previa consulta médica...

Cuantos más momentos de este tipo y situaciones vividas describamos más vamos a ser conscientes de nuestra participación en los mismos y de nuestras habilidades en materia de relación de ayuda.

2.7- Autoevaluación de las prácticas clínicas. El alumno debe destacar los puntos fuertes y débiles de su aprendizaje, aportar propuestas de mejora y reflexionar sobre su estancia y realización de las prácticas clínicas. Mediante un breve resumen (1folio aproximadamente), donde el alumno evalúe sus prácticas. Repaso del diario y referencias de los siete puntos del apartado número dos.

Debo señalar que los puntos que comprenden el apartado 2 pueden o no describirse diariamente, dependiendo de cómo se va desarrollando la actividad, así mismo algunos de estos puntos (2.1-2.7) pueden aparecer de forma más frecuente que otros en un mismo día, en función de lo que el alumno, guiado por su tutor, este trabajando en ese momento.

La forma de reflejar y evidenciar que estos puntos se están desarrollando, es mediante la anotación en el diario y al final de cada párrafo, en negrita y entre paréntesis, el punto concreto que se ha llevado a cabo. Por ejemplo:

26/01/2014

Cuando llegó la hora de la comida el paciente estaba con contención mecánica, me fui con la auxiliar de enfermería a retirar las muñequeras que llevaba y me llamo la atención que dijera "por fin". Me dio la impresión de que se sentía liberado, fue cuando le dije:

Alumna: ¿estás bien?
Paciente: es que me lo pusieron porque ayer estaba muy ...con la cabeza mal
Alumna: bueno si estas más tranquilo y no te retirias los sueros podemos intentar no ponerte la contención.
Paciente: ay sí, es que con eso no puedo ni rascarme.
Alumna: pero se tiene que quedar algún familiar contigo.
Paciente: no sé qué decirte (le cae una lagrima).
La verdad que yo tampoco sabía que decir y me quedé pensando qué haría yo en su lugar **(2.5)**.

En este sentido siempre me he cuestionado en relación a las contenciones mecánicas, si existen realmente normas legales que establezcan cuando se puede contener a una persona, me voy a informar de ello y lo voy a investigar **(2.3)**.

1

11.5.-ANEXO V: Carta a los tutores.

Estimados tutores y tutoras:

Desde la Facultad de Enfermería, con la intención de mejorar el rendimiento de las prácticas curriculares de los alumnos de Enfermería y vuestra satisfacción en la tutorización de los mismos, dado que sois un gran apoyo en la enseñanza de futuros enfermeras y enfermeros, hemos preparado este documento para daros la máxima información acerca de la labor del tutor de prácticas y qué beneficios tenéis con ello.

El Hospital Reina Sofía cuenta con cuatro profesoras asociadas clínicas del departamento de enfermería. Cada una de ellas tutela más de cerca determinadas unidades hospitalarias, pero todas están disponibles para cualquier duda que exista en relación al alumno. Ellas son el elemento de conexión y representación de la Universidad con el Hospital, que conjuntamente con el encargado de docencia y vuestra colaboración, resolverán los problemas acontecidos en las prácticas, como por ejemplo faltas de asistencia o uniformidad e identificación inadecuadas. No dudéis en solicitar su ayuda o consejo ante cualquier imprevisto, las podéis localizar a través del teléfono de sus unidades de trabajo, o en la visita semanal que realizan en las distintas secciones donde están ubicados los alumnos. Además en el tablón de anuncios de cada unidad se destinará un lugar para todo tipo de información entre alumnos, tutores y profesoras asociadas.

¿En qué consiste ser tutor de prácticas?

1. Fomentar al máximo el aprendizaje activo del alumno.
2. Apoyar la participación del mismo en técnicas.
3. Velar por su bienestar en la unidad y dentro del equipo multidisciplinar.
4. Constituir su rol ejemplar en las actitudes propias de la enfermera: trato con los pacientes, trabajo en equipo, profesionalidad global (docencia, gestión, investigación y asistencia).
5. Transmitirle un trabajo enfermero científico, no solo tradicional.
6. Aconsejarle en la elaboración de su historia de enfermería.
7. Colaborar en la evaluación de sus prácticas.

Se aconseja la asistencia conjunta de tutor-alumno a los seminarios, jornadas y cursos que el hospital organice, enseñando así la necesidad de adecuación continua de conocimientos e inquietud por la actualización enfermera. A los alumnos se les dará un tríptico informativo de las actividades previstas en el centro. La asistencia a las mismas es obligatoria.

¿Cómo evaluar a los alumnos?

Los alumnos tienen un documento de prácticas, donde se reflejan las actividades que van haciendo, la asistencia que debe ser firmada diariamente por el tutor, y en el que encontrareis la hoja de evaluación para la planta de hospitalización y quirófano. Al final de las prácticas debéis llenar la evaluación y entregarla al supervisor de la unidad donde estéis. De este modo se asegura la privacidad de vuestras valoraciones, la nota que consideráis supone un tercio de la nota final, el otro tercio lo ocupa la otra unidad por la que pasa el alumno, y el último tercio la historia de enfermería, y la presentación correcta de la documentación.



Reunido el Tribunal que suscribe en el dia de la fecha acordó
otorgar por..... A la Tesis Doctoral de Dña
Antonia Inmaculada Zomeño Ros, la calificación de

Alicantede de 2015

El Secretario

El Presidente

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

La presente Tesis de Dña. Antonia Inmaculada Zomeño Ros ha
sido registrada con el núm..... del registro de entrada
correspondiente.

Alicante ... de..... de 2015

El encargado del registro



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

