



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Desafío y reforma de conocimiento en las profesiones de salud: Competencia relacional, comunicación y excelencia en el caso de Enfermería

M^a Pilar Sabater Mateu

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

DESAFÍO Y REFORMA DE CONOCIMIENTO EN LAS PROFESIONES DE SALUD:
COMPETENCIA RELACIONAL, COMUNICACIÓN Y EXCELENCIA
EN EL CASO DE ENFERMERÍA

que presenta

M^a Pilar SABATER MATEU

Tesis Doctoral del Programa: Ciències Socials i Salut
Departament Responsable: Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions
Directora de la Tesis: Dra. Carmen Domínguez-Alcon
Universitat de Barcelona
Barcelona, 2015

M^a Pilar Sabater
Prof. Titular Escola Universitària
Departament Infermeria de Salut Pública, Salut Mental i Materno-Infantil
Escola d'Infermeria
Universitat de Barcelona
C/ Feixa Llarga, s/n
08907-L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Resumen

Se profundiza en la formación en comunicación cara a cara durante el proceso de socialización en el caso de Enfermería como profesión de salud. Se estudian con especial atención las situaciones críticas y de gravedad para el paciente, su familia y allegados. El objetivo es analizar la formación en comunicación, identificando los elementos que se consideran esenciales en distintos niveles asistenciales y de relación, los que se priorizan, así como su adecuación para alcanzar la competencia comunicativa esperable en la actual formación al Grado de Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior. Se realiza un estudio exploratorio de caso, se utilizan datos primarios, cualitativos y cuantitativos, datos secundarios, y una exploración documental en profundidad estudiando diferentes corrientes teóricas. El referente teórico principal es la obra de Berger y Luckmann (1983), como punto de partida para comprender la producción y reproducción y social del conocimiento, en que la comunicación es el instrumento principal, que posibilita la construcción de dicho conocimiento y su transmisión, siendo a la vez la misma comunicación el foco de interés del estudio. Las distintas teorías de comunicación que se estudian en perspectiva sociológica, así como documentos legislativos e institucionales relacionados con la educación superior y la salud, muestran la complejidad existente, la dificultad de abordar el tema y de llegar a consensos en su aplicación. En especial, en el ámbito sanitario y al tener en cuenta las normativas más recientes. Por ejemplo, en el caso de España la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los resultados de la tesis indican una acusada falta de herramientas formativas en el alumnado para afrontar los procesos comunicativos en general y en particular en los casos críticos y de enfermedad grave. Además esa carencia se experimenta de forma intensa por parte de profesionales en ejercicio, que demandan de forma reiterada instrumentos para hacer frente ellos mismos a este tipo de situaciones y poder incorporar ese conocimiento a los procesos de enseñanza en los que participan de forma continuada. Los resultados obtenidos confirman las hipótesis planteadas en el estudio y cumplen ampliamente con los objetivos explicitados. Como parte de ellos y en la línea de continuidad personal en la innovación docente, se realiza una propuesta académica posible de "competencia comunicativa", para el Grado de Enfermería que tiene en cuenta la documentación internacional más reciente sobre comunicación en salud y excelencia del cuidado.

Summary

The present work deepens in the formal education of face to face communication skills during the socialization process, in the particular case of Nursing as a health profession. Special attention is given to critical and severe situations for the patient, his/her family and friends. Our aim was to analyze the formal education in communication skills by: 1) identifying elements that may be considered essential at different assistance and relation levels, 2) prioritizing them, 3) adequating them in order to achieve the desired communication competence in the present Nursing Degree in European Higher Education Area. An explorative study was realized, in which primary – both qualitative and quantitative – data were obtained, as well as secondary data. An extensive review of documental sources on the subject has been done, deepening in the different theoretical tendencies. The main theoretical reference was the work by Berger and Luckman (1983) as the starting point to understand how knowledge is produced, reproduced and socialized. Their work states that communication is the main instrument that enables construction and transmission of knowledge, and the study focuses precisely on communication. Consultation of the different theories about communication – analyzed from a sociological point of view – and the diverse institutional and legal documents related to higher education and health shows that this subject is complex, difficult to approach, so it may be hard to achieve a large consensus on its application. This is especially true in the health care field, when taking into account the recent directives, for instance - in the case of Spain - the 41/2002 law on "Autonomy, Rights and Obligations of the Patient as regards Clinical Information and Documentation". The results of the present work show that Nursing students lack drastically the training of their abilities related with communication processes in general, and specially in critical cases and severe illnesses. This lack is also intensely felt by health professionals who would need to be taught these abilities and would need to integrate them in their continued educational programmes for students. Results of this work are concordant with our initial hypothesis, and have met the aims pursued. One of these aims – in accordance with our personal implication in teaching innovation – was to emit a formal education proposal for the Nursing Degree related to "communication competence" that takes into account the most recent international documents on communication in health care and excellence of care.

Desafío y reforma de conocimiento en las profesiones de salud:
Competencia relacional, comunicación y excelencia en el caso de enfermería

1. Introducción	19
1.1. La comunicación en el cambio de siglo	19
1.2. Impacto en la educación y la salud	22
2. Contextualización del problema	35
2.1. Enfermería como profesión	35
2.2. La comunicación enfermera en la práctica asistencial	50
2.3. Características y evolución de la enseñanza enfermera en comunicación	101
2.4. Espacio Europeo de Educación Superior, grado de enfermería y competencia comunicativa	110
2.5. Importancia del lenguaje en la construcción social de la realidad: la mirada constructivista de Berger y Luckmann	135
3. Planteamiento del problema	141
3.1. Pregunta de investigación	142
3.2. Hipótesis	143
3.3. Objetivos	143
4. Marco teórico	147
4.1. Teoría, escuelas y perspectivas tradicionales de comunicación	147
4.2. Elección teórica para la presente investigación	166
4.3. Comunicación y salud	194
4.4. Mantenimiento, reproducción y modificación de la realidad comunicativa en enfermería	225
4.5. Como armonizar significados	230
5. Metodología	277
5.1. Estudio exploratorio de caso	277
5.2. Contexto del caso. Muestra. Instrumentos	280
5.3. Búsqueda bibliográfica y documental	304
5.4. Estrategia de tratamiento y análisis de la información	307
6. Resultados: comunicación durante la socialización de estudiantes	315
6.1. La comunicación entre un conjunto de habilidades	315
6.2. Retos comunicativos en curso de la enseñanza-aprendizaje	320
6.3. Percepción de "elementos comunicativos" en la formación	337
6.4. La relación comunicativa a partir de estudiantes y profesionales en ejercicio	342
7. Discusión: Socialización y comunicación en la formación enfermera	371
7.1. Socialización en la formación	371
7.2. Adecuación comunicativa en el aprendizaje de cuidado, reproducción e innovación	379
7.3. Líneas asistenciales de comunicación en Enfermería hacia el futuro	380
7.4. Reflexión crítica en función de los datos obtenidos	380
8. Conclusiones	387
8.1. Hallazgos relevantes	387
8.2. Respuesta a pregunta, hipótesis y objetivos	389
9. Propuestas posibles en competencia comunicativa	395
9.1. Consensos internacionales sobre comunicación en salud	401
9.2. Modalidad de enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa en cuidados	423
9.3. Competencia comunicativa en el de Grado de Enfermería: formalización de una propuesta académica, como innovación docente.	443
10. Criterios de calidad	457
11. Limitaciones del estudio	457
12. Líneas de investigación futura	457
13. Bibliografía	459

Anexos

A mis padres, Luis y Pilar, donde quiera que estén,
cuyo gran cariño excede mis palabras.

A mi familia, sois mi rumbo y todo lo que tengo.

A Carmen Dominguez-Alcón por su intensa dedicación y cariño con que me ha ayudado en la elaboración de la presente tesis. Mi agradecimiento también por la confianza depositada en mi persona.

Mi testimonio de admiración y afecto por su destacada y valiosa contribución en dar a conocer los cuidados y la profesión de Enfermería en España.

Agradecimientos,

Al Dr. Josep LL. C. Bosch, por haberme ayudado desinteresadamente en el proceso de la tesis, cuando lo he necesitado.

A la Dirección del Doctorado de Sociología, al Dr. Josep A. Rodríguez Díaz, por su flexibilidad y respuesta siempre benevolente en esta trayectoria.

A Jordi Curto por su valiosa ayuda en el proceso estadístico de la tesis.

A Encarna, Ricardo, Paula, Merche y Carmen B. por estar siempre pendientes de mi vida.

A Ma Engracia y Josep Lluís por ser tan buenos amigos y poder compartir con ellos las mejores veladas filosóficas y una amistad verdadera.

A mis compañeras del Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. En especial a Asun Rigol, Maria Honrubia y Montse Puig, por ser mucho más que compañeras. A Lola Miguel, por la intensa trayectoria profesional compartida y la amistad que mantenemos.

A Teresa Verdura, compañera de la Escuela y buena amiga, por su confianza, amistad, afecto y trabajo conjunto.

A todas mis amigas, en especial a Julia, Mari Carmen, Emilia, Gemma, Lolita y a mi prima Ester, por haberse privado de llamarme por telefono para no interrumpir mi trabajo de tesis. Vuestro afecto también me ha llegado a través del silencio.

A Ramona Bernat, compañera de la Escuela donde quiera que esté, por haber mediado con Vicki Sanfeliu en el alcance de la muestra del presente estudio. A los estudiantes y, en general, a todas las profesionales y compañeras que aceptaron participar voluntariamente como informantes en este estudio. Mi sincero agradecimiento.

Al Dr. R. Roche Olivar, cuya dedicación a la prosocialidad tiene mucho que ver en la inspiración de esta tesis. También por haberme atendido con generosidad.

Al Dr. Ramón Bayés, por su orientación en el inicio de la presente investigación, cuya obra sigo y admiro.

Gracias al Dr. Marcelo Horacio Bosch, por su amabilidad en mandarme su tesis doctoral en la línea de Ciencias de la Comunicación Social desde Argentina. Deseo que te llegue la mía.

A Mari, que ha vivido muy de cerca este arduo proceso de trabajo. Gracias siempre por tu incondicional ayuda.

A Sara Castillo, por su ayuda desinteresada, que espero poder corresponder.

A Pepi Albas y Carmen Millán, Secretarias del Departamento en la Escuela, siempre dispuestas a ayudarnos, de quienes tengo una excelente percepción.

A Antonio Rey por su paciencia en ayudarme en la maquetación y encuadernación de la tesis.

A todos los que constituís mi mundo de relaciones, formáis parte de mi felicidad en esta vida. Todos teneis que ver en dar sentido al esfuerzo para que este trabajo vea la luz, cuyo significado esencial, va dirigido a la profesión de Enfermería.

San Cugat del Vallés, septiembre de 2015

Índice de tablas

Capítulo 2.

- 2.1 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Estudios de investigación. 1980-99.
- 2.2 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Estudios de investigación. 1980-99. Distribución por países.
- 2.3 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Características generales.
- 2.4 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Causas atribuidas.
- 2.5 Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales. Estudiantes de enfermería. 1990-2009.
- 2.6 Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales. Resumen aportaciones 1990-2009.
- 2.7 Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales. Confluencias entre autores 1990-2009.
- 2.8 Comunicación enfermera-paciente y familia en cuidados críticos. 2000-2015 (España).
- 2.9 Comunicación enfermera-paciente y familia en cuidados críticos. 2000-2015 (internacional).
- 2.10 Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida. 2000-2015.
- 2.11 Comunicación enfermera-paciente y familia en cuidados críticos. 2000-2015. (España). Resumen de aportaciones de autores
- 2.12 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. 2000-2015 (internacional). Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes. Resumen de aportaciones de autores.
- 2.13 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. 2000-2015 (España) Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes. Confluencias entre autores.
- 2.14 Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. 2000-2015 (internacional). Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes. Confluencias entre autores.
- 2.15 Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida. 2000-2015. Resumen de aportaciones de autores.
- 2.16 Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida. 1990-2009 y 2000-2015. Confluencias entre autores.
- 2.17 Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales. 1990-2009/2000-2015. (España/internacional). Resumen de aportaciones de autores.
- 2.18 Formación enfermera en España: principales etapas
- 2.19 Estudios de ATS (1955). Normas para la organización estudios
- 2.20 Estudios de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE 1977). Enseñanzas teóricas
- 2.21 Estudios de Diplomado Universitario Enfermería. Enseñanzas teóricas. Créditos y horas
- 2.22 Estudios de Diplomado Universitario Enfermería. Ciencias de la Conducta: organización
- 2.23 Formación en comunicación enfermera. Aportaciones de las pasadas décadas y actuales: contraste
- 2.24 Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES). Nivel de Grado.
- 2.25 Competencias Transversales de la Universidad de Barcelona.
- 2.26 Estudios de Grado en Enfermería. Competencias Específicas según Ministerio de Ciencia e Innovación.
- 2.27 Competencias Específicas del Graduado en Enfermería.
- 2.28 Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Definiciones de: Enfermera y Enfermería.
- 2.29 Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Descriptores de Nivel.
- 2.30 Competencia Comunicativa: Contraste de Recomendaciones normativas (MECES, UB, BOE, EUI)
- 2.31 Programa: Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona

Capítulo 4

- 4.1 Componentes conceptuales de la comunicación (Dance, 1970)
- 4.2 Resumen teorías de comunicación (Griffin, 2006)
- 4.3 Clasificación de teorías de comunicación (Griffin, 2006): Resumen
- 4.4 Fuentes que alimentarían las teorías de la comunicación
- 4.5 Paradigmas dominantes en la comunicación
- 4.6 Siete tradiciones para teorizar la comunicación
- 4.7 Constructivismo social: rasgos
- 4.8 Constructivismo social: abstracciones que sustentan este estudio

- 4.9 Escuela de Palo Alto: Axiomas
- 4.10 Escuela de Palo Alto: Fenómeno del doble vinculo
- 4.11 "*Communication theory as a field*". Propuesta (Craig 1999, 2007)
- 4.12 Modelo biopsicosocial: algún ejemplo en la práctica enfermera
- 4.13 OMS: orientaciones profesionales educativas en salud:
- 4.14 Consejo Internacional de Enfermería: orientaciones educativas
- 4.15 Modelo de Atención Centrada en el Paciente (ACP): algún ejemplo en la práctica enfermera
- 4.16 Abordaje de las enfermedades crónicas.: comunicación familiar
- 4.17 Trabajo en equipo evidencias
- 4.18 Empatía. Evidencias Enfermería (internacional)
- 4.19 Empatía. Evidencias Enfermería (España)
- 4.20 Instrumentos medición empatía
- 4.21 Modelo inteligencia emocional Salovey y Mayer
- 4.22 Modelo inteligencia emocional de Goleman
- 4.23 Modelo inteligencia emocional de Bar-On
- 4.24 Mindfulness: evidencias en profesionales salud y estudiantes
- 4.25 Mindfulness y enfermería
- 4.26 Mindfulness y comunicación
- 4.27 Habilidades prosociales
- 4.28 Prosocialidad: evidencias de estudios en España
- 4.29 Prosocialidad: evidencias de estudios (internacional)

Fig. 4.1. Modelo de empatía motivada (Zaki, 2014)

Capítulo 5

- 5.1 Plan de estudios Diplomatura Enfermería. Asignaturas obligatorias
- 5.2 Diplomatura Enfermería. Periodos de prácticas por semestres
- 5.3 Diplomatura Enfermería. Periodos de prácticas: ediciones practicum, grupos, semestres
- 5.4 Muestra: criterios de selección y su relación con instrumentos
- 5.5 Entrevistas identificación de la muestra y relación de sujetos con las prácticas de Enfermería
- 5.6 Entrevista informantes: status, procedencia y características sociodemográficas
- 5.7 Tabla género de la muestra: distribución por sexo
- 5.8 Muestra: media de edad
- 5.9 Entrevista: bloques de preguntas por ámbitos y objetivos de cada ámbito
- 5.10 Tabla revisión bibliográfica
- 5.11 Entrevista: Identificación de códigos de informantes

Capítulo 6

- 6.1 Resultados estudio exploratorio. Comparativa 2 muestras
- 6.2 Resultados estudio exploratorio. Comparativa 2 muestras. 6 Primeros ítems.
- 6.3 Cuestionario retos aprendizaje: categorías creadas
- 6.4 Cuestionario Retos aprendizaje "Aspectos favorables"
- 6.5 Cuestionario Retos aprendizaje "Aspectos desfavorables"
- 6.6 Cuestionario Retos aprendizaje Que harías para mejorar esos aspectos desfavorables?
- 6.7 Cuestionario Retos aprendizaje Que harías para mejorar: porcentaje resultados global
- 6.8 Dificultad relacional con paciente y familia. Resultados en porcentajes
- 6.9 Dificultad relacional con paciente y familia. Medias de dificultad relacional

Índice de Figuras

- Fig. 6.1 Cosas favorables que han pasado en las prácticas
- Fig. 6.2 Cosas desfavorables que han pasado durante las prácticas
- Fig. 6.3 ¿Qué harías para evitarlas?
- Fig. 6.4 Cosas, favorables, desfavorables y propuestas de evitación
- Fig. 6.5 Dificultad relacional con el paciente según gravedad
- Fig. 6.6 Dificultad relacional con la familia del paciente según gravedad
- Fig. 6.7 Medias de dificultad relacional con la familia y el paciente según gravedad

Índice de Gráficos

Grafico 6.1. Estudio exploratorio antes de practicas-después y después en muestra mayor.

Grafico 6.2. Estudio exploratorio diferencia de preocupación entre antes y después de prácticas

Capítulo 9

- 9.1 Propuesta A. Health Professions Core Communication Curriculum (Consenso Europeo). Objetivos de Aprendizaje
- 9.2 Propuesta A. Consenso Europeo. Objetivos de Aprendizaje-resumen
- 9.3 Base de la propuesta B. Relación Terapéutica y práctica colaborativa (Australia, Original)
- 9.4 Propuesta B- Propia y Contraste Consensos procedentes de: Enfermería: Australia, Ontario, Cresi; Medicina: Basel, Kalamazoo (EEUU), Profesionales salud: Europa
- 9.5 Propuesta propia: Competencia comunicativa Grado Enfermería UB: *"criterios de desempeño"*
- 9.6 Propuesta propia: Competencia comunicativa Grado Enfermería UB: *"evaluación directa"*
- 9.7 Propuesta propia: Competencia comunicativa Grado Enfermería UB: *"evaluación instrumento"*
- 9.8 Grado de Enfermería: Competencia comunicativa. Rúbrica de todos los cursos
- 9.9 Grado de Enfermería: Competencia comunicativa. Propuesta propia y equivalencia CRESI (2008)
- 9.10 Aprendizaje de calidad, ANECA (2013)
- 9.11 Relación entre resultados de aprendizaje, actividades y evaluación
- 9.12 Pasos para desarrollar una competencia
- 9.13 Marco Español de Cualificaciones Descriptores de nivel
- 9.14 Competencia comunicativa enfermera, UB. Aspectos normativos para su construcción
- 9.15 Implementación de programa de comunicación: Experiencia Escuela de Medicina. Chile
- 9.16 Desarrollo de la docencia en comunicación. Escuela de Medicina. Chile
- 9.17 Potenciación empatía

Índice de Figuras

Fig. 9.1. Ontario. Marco Conceptual

Fig. 9.2 Grado Enfermería UB Correspondencia entre competencia transversal y específica comunicativa

Fig. 9.3 Pirámide de Miller

Tabla de abreviaturas

AACH: American Academy on Communication in Healthcare.
AACN: American Association of Colleges of Nursing.
ADEIC: Asociación de Escuelas de Enfermería de Cataluña.
AEED: Asociación Española de Enfermería Docente.
AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería.
ANA: American Nursing Association.
ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación.
AQU: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya.
BECAD: instrumento de evaluación basado en la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud.
BOE: Boletín oficial del Estado.
CAIG: Cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros.
CASN : Canadian Association of Schools of Nursing.
CES: Consejo Económico y Social de España.
CESQT: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.
CIE: Consejo Internacional de Enfermería.
CIE-10: Clasificación Internacional de enfermedades.
CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento.
CINTERFOR: Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional.
CIPE: Centro de Información y Promoción del Empleo.
CIS: Centro de investigaciones sociológicas.
CNA: Canada Nurses Association.
CNO: College of Nurses Ontario.
CRUE: Conferencia de Rectores de Universidades Españolas.
DOGC: Diari oficial de la Generalitat de Catalunya.
EACH: European Association for Communication in Healthcare.
EEUU: Estados Unidos
ENEAS: Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización.
ETS: Educational Testing Service.
EUR: Europa
ICA: International Communication Association.
ICPN: International Classification for Nursing Practice.
INCOM: Instituto de la comunicación.
IOM: Institute of Medicine.
ISAPN: Illinois Society for Advanced Practice Nursing.
JQI: Joint Quality Initiative
LGS: Ley General de Sanidad.
MECD: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
NANDA: North American Nursing Diagnosis Association.
NCA: National Crime Agency.
NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.
NONPF: National Organization of Nurse Practitioner Faculties.
OCS: Observatorio Comunicación y Salud.
OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIIO: Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONA: Ontario Nurses Association.
OPS: Organizaciones Panamericana de la Salud.
ORE: Observatorio de Reformas Educativas.
RD: Real Decreto.
REDIE: Revista Electrónica de Investigación Educativa.
REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas.
RIDU: Revista d'Innovació Docent Universitària.
RNAO: Registered Nurses Association of Ontario.
SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
SEDAP: Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria.

I
INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1. La comunicación en el cambio de siglo

El cambio de siglo e inicio del siglo XXI supone un nuevo y destacado acontecimiento de la evolución de la humanidad. En él concurren una serie de fenómenos desconocidos con anterioridad, que en su conjunto atribuyen una dimensión diferenciada a la sociedad en relación con los siglos precedentes, en especial, por la relevancia que adquiere la comunicación. Con cierto paralelismo de evolución desigual, en ámbitos diversos, en las últimas décadas del pasado siglo XX se inicia la gestación progresiva de Internet, (Giddens, 2002: 13-32) se produce un giro en la epistemología de la ciencia (Moro Abadia, 2006:71-91) y Europa busca la homogenización de sus titulaciones universitarias a través del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Estos cambios, entre otros, repercuten de forma especial en el ámbito educativo y de forma particular en los entornos sanitarios y formación de los profesionales de la salud. La presente tesis profundiza en un ámbito específico: formación en comunicación en una profesión de salud, Enfermería.

En cuanto al fenómeno que se plantea al iniciar el presente estudio (años 2002-2003), desde la experiencia personal como docente en Enfermería durante más de treinta años, la percepción es que la comunicación, como es común en épocas pasadas, se imparte desde la perspectiva descriptiva o retórica tradicional, cuyas consecuencias, se hacen especialmente visibles en el ámbito de las prácticas de los estudiantes, en particular deficitarias ante situaciones de gravedad de los pacientes y la atención a sus familias. Sin embargo, la amplitud y peculiaridad de la comunicación, junto con el estado de los conocimientos y la modalidad de enseñanza referida, no facilitaba en todos los casos vislumbrar herramientas integradoras idóneas. A la vez, hasta el cambio de siglo, por herencias culturales del pasado, la relación asistencial en salud disponía de modelos paternalistas y/o jerárquicos, lejos de modalidades deliberativas y cercanas al paciente que se han planteado con posterioridad. En general, la comunicación en esos años no era necesariamente vista como una prioridad. Desde los primeros años del siglo XXI, va adquiriendo progresivamente mayor relevancia. Desde el EEES emerge la necesidad de reconducir los contenidos formativos en relación con la construcción de competencias, para las que no existe precedente en educación superior. En el caso de la comunicación en enfermería, las consecuencias de esa situación se relacionan con una formación que requiere de los ajustes pertinentes a los cambios que han tenido lugar. A todo ello, en el ámbito de la salud, se suma la promulgación de la Ley 41/2002 en la que la relación asistencial adquiere connotaciones que la convierten en modalidad normativa. Todo ello conduce a la necesidad ineludible de profundizar en esa situación *en busca de cauces que a través de alternativas en la modalidad competencial comunicativa proporcionen viabilidad a la enseñanza-aprendizaje que se plantea como problema. Ese es el propósito que guía la presente investigación.* Cabe diferenciar entre la competencia comunicativa transversal y la específica. De forma que mientras el encauce de la transversal desde una disciplina determinada es general y dirigido a un auditorio diverso, en el caso específico en enfermería, adquiere relevancia fundamental en la relación cara a cara o interpersonal con el paciente y su familia, de donde debe surgir un enfoque de comunicación terapéutica adaptada a requerimientos personales y de salud.

Cuestión aparte que merece consideración, es el ámbito competencial en el que todavía en la actualidad resulta enigmático su desarrollo, ejecución y evaluación en los cinco continentes en el caso de enfermería (Blazun, Kokol, Vosner, 2015) y en distintos países (Garside, Nhemachena, 2013), (Chen Yanhua, Watson, 2011), como sucede en otras disciplinas (Zlatkin-Troitschanskaia, Shavelson & Kuhn 2015), situación de complejidad, que se agudiza al profundizar en el campo de la comunicación como se analiza en el presente estudio. En consecuencia, para identificar los elementos de fondo que impulsan el giro comunicativo en la formación de profesiones de salud, y en particular en Enfermería, se reflexiona desde el principio de la presente investigación en los grandes rasgos que impactan en la educación superior y la salud y protagonizan las primeras décadas del siglo XXI.

Así, al destacar la trascendencia de este periodo en clave comunicativa emerge Internet y las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que conducen a la comunicación virtual interpersonal, mediada electrónicamente de forma casi instantánea (Berger, 2005: 415- 447). Desde las ciencias sociales, el constructivismo como perspectiva epistemológica para la interpretación de la realidad, da cabida a una comprensión más flexible (Jonnaert, Barrette, Masciotra, Yaya (2007: 1-38, 2002: 1-21) de fenómenos como puede ser el comunicativo en la relación interpersonal, que adolecían del sesgo de la linealidad fruto del positivismo hegemónico en épocas anteriores, que ensombrecía su cualidad emergente. La filosofía del EEES da un giro radical al concepto de enseñanza tradicional fundamentada en el profesor, para convertirle en guía de estudiantes en quienes recae ahora mayor responsabilidad de su aprendizaje (CRUE, 2012). La legislación en salud, con la dotación de estructuras de actuación para profesionales y usuarios, da lugar a relaciones asistenciales más igualitarias, en detrimento de modalidades jerárquicas o paternalistas de épocas anteriores (Emmanuel y Emmanuel, 2010 a: 133-136) (Emmanuel y Emmanuel, 2010 b: 180-184). Todos estos cambios y las derivaciones en sus respectivas esferas, revolucionan el ámbito universal de la comunicación y provocan un viraje en el enfoque educativo europeo y, si cabe, en la gestión sanitaria en España.

Sin embargo, las estructuras sociales afectadas por estos cambios, pueden traducirse simultáneamente, en nuevos retos acerca del trabajo pendiente o para el alcance pleno de los mismos. La crisis económica de la primera década del nuevo milenio, no ha fortalecido la aspiración de este rumbo y el marco sociopolítico y cultural de la nueva era, llamada sociedad del conocimiento o sociedad de la información, requiere ser explorado y reflexionado en profundidad en busca del mejor diseño que guíe las supuestas bondades y viabilidad de la realidad reinterpretada.

Como campo temático que atañe a la presente investigación, puede evocarse que la comunicación impregna los cambios apuntados (Mattelat y Mattelart, 2003). Sin embargo su omnipresencia esclarecida de la mano de las neurociencias no desvela todavía todos sus enigmas. Por todo ello, desde la perspectiva ciudadana y profesional (en este caso de la formación enfermera), se ve necesario seguir explorando y profundizando en favor de la obtención de herramientas que posibiliten operativizar los cambios educativos apuntados para una mejor cualificación profesional, en aras de una sociedad más justa y si cabe mejor. Es desde este prisma, que la presente investigación revaloriza la enseñanza-aprendizaje de la comunicación asistencial en salud en la socialización profesional enfermera, como objeto de exploración e interés en beneficio de la mayor calidad de atención al cuidado de la salud y su inherente bienestar humano.

Desde la teoría sociológica, Merton (1968), Bucher y Stellan (1977), proponen que en el proceso de socialización profesional intervienen dos tipos de condiciones sociológicas: las estructurales y las culturales. Las condiciones estructurales las refieren como los factores subyacentes en cualquier situación y las reglas que especifican las relaciones entre esos factores. Las condiciones culturales, son los sistemas ideológicos que prevalecen en la sociedad, tal como se expresan en palabras, símbolos y ritos, que a su vez crean el clima cultural (Cohen, 1988: 50). A su vez, para Pichon Rivière, según Krieger (2001), el contexto o situación es importante para comprender las modificaciones, puesto que es el medio del agente generador de cambio. Por otro lado, Blegger, según refiere Krieger (2001), indica que para estudiar la dinámica de los grupos humanos y sus instituciones, se requiere un aporte multidisciplinar (Krieger, 2001: 84-86). Siguiendo esa línea teórica, el presente apartado introductorio del trabajo, busca describir factores estructurales y culturales que suponen cambios relevantes en el inicio del nuevo de milenio y que en su concurrencia repercuten en la interpretación y comprensión del fenómeno de estudio: la comunicación en la socialización enfermera. De amplitud local o transnacional y ámbitos disciplinarios diversos, en su conjunto modifican el contexto sociocultural español y europeo en general y el educativo universitario en particular por lo que es pertinente apuntar algunos rasgos relacionados como: a) globalización, b) giro en la epistemología de la ciencia, c) EEES como escenario amplio y señalar sus impactos en relación con la salud centrando la atención en d) cambios sanitarios e) rumbo universitario en la enfermería española y f) crisis económica y efectos demográficos en la profesión enfermera. De ello tratan los siguientes párrafos.

El fenómeno de la *globalización* se desarrolla a partir de los años 60, transgrediendo la esfera económica y alcanzando la vida social pública y privada en el mundo. La clave de esta nueva era (llamada también sociedad del conocimiento, sociedad de la información o nuevo paradigma tecnológico), se centra, en síntesis, en dos expresiones fundamentales: una es Internet (que en sí no es una tecnología, sino una producción cultural) y la otra es la capacidad de recodificar, procesar y manipular la vida mediante ingeniería genética. Se trata de una doble revolución en la información, una de índole electrónica y otra genética que se fusionan e interactúan cada vez más (Castells, 2015). La cuestión es que el vuelco vertiginoso de las TICs y su uso progresivo transforma el planeta, modelando la interacción de los flujos económicos y sistema financiero mundial, que están entre sus fuerzas motrices, lo que obliga a los estados a liberalizar y desregular sus economías nacionales (Giddens, 2002: 13-31), (Giddens, 2007: 53-90). Según González Tablas estos cambios favorecen la presencia de un mayor número de planos intervinientes y su interdependencia y para D. Held obligan a nuevos planteamientos políticos y jurídicos que previamente corrían a cargo de los estados-nación (Barañano Cid, 2002), (Riesco A, 2005:201-206).

No obstante, este fenómeno generalizado y aparentemente muy positivo, produce, en general, dos vías evolutivas simultáneas y no equitativas. Una es la vía que se beneficiaría de sus efectos, con grandes avances tecnológicos y más riqueza (sería el caso de países ricos y más evolucionados) y otra que no podría integrarse en esta vía dada la escasez de sus recursos, a la que la globalización dejaría en un segundo plano convirtiéndola en más dependiente, más pobre y acentuando su desigualdad social (países pobres y menos industrializados), lo que confirma que la globalización no es buena para todas las personas ni para todo el mundo (Giddens, 2002: 13-31). Estas cuestiones desiguales forman parte de las reivindicaciones de los llamados movimientos antisistema contra el poder de los poderosos gobernantes y grandes corporaciones que rigen en el mundo (Fernández Buey y Mir, 2009)¹.

El *giro en la epistemología de la ciencia* es otro aspecto a tener en cuenta en el último tercio del siglo XX. Se ha apuntado que a principios de dicho siglo, se institucionaliza la historia de la ciencia (con precedentes de otras épocas como la historia de las matemáticas y de la astrología en el siglo XVIII) y se inicia su debate crítico. En 1929 Mannheim (1929: 231) publica *Ciencia e ideología (Ideologie und Utopie)* con quien se relaciona el nacimiento de la sociología del conocimiento. Apunta la necesidad de resolver las condiciones sociales en las que nace el pensamiento y contemplarlas en las conclusiones de la investigación. Robert K. Merton en los años cuarenta, propuso el enfoque funcionalista de sociología la ciencia. En su tesis doctoral (Merton, 1938) atribuía al puritanismo como sistema de valores, un papel decisivo en el desarrollo de la ciencia moderna en Inglaterra del siglo XVII. Su concepción sociológica de la ciencia (Merton, 1942) comprendía una actividad social construida sobre un conjunto de normas que le son propias y que la convierten en un sistema autónomo dentro de la sociedad. En esta línea (Merton, 1968), promovió estudios sobre las publicaciones científicas como mecanismo dinámico de competencia fundamental de la empresa científica. No obstante (Merton, 1938:139) había insistido en la importancia de las influencias externas sobre la investigación científica.

Entre los años 30-60 según Echevarria (1995:44), los planteamientos de la filosofía de la ciencia separaban la ciencia y los valores no epistémicos. Esto según Kuhn (1968: 133-134), revertió desde la historia de la ciencia en un dilatado debate entre "internalistas" (defendían la posición de la ciencia como entidad autónoma en la sociedad) y "externalistas" (defendían la posición de la ciencia como entidad relacionada con la sociedad). Así, la historia de la ciencia y la sociología del conocimiento mantuvieron distancias hasta los años 70, cuando especialmente, la aportación de (Kuhn, 1962) *The structure of Scientific Revolutions*, entre otras de la época y posteriores (por ej. Bloor, 1976; Bourdieu, 1975, 1976, 1984), produjo un cambio. Kuhn adoptó inicialmente una posición "internalista", aunque luego matizó la interdependencia de las dos

¹ Fernández Buey, F. y Mir García, J. (2009) ¿Es tan malo ser antisistema? Obtenido 7.5.15: http://www.eldiario.es/autores/jordi_mir_garcia/. (Profesores Universidad Pompeu Fabra (UPF). Barcelona

posiciones en *The history of science* (Kuhn, 1968: 43-44), reconociendo que apoyarse solo en la primera era falso. El debate entre múltiples autores del ámbito internacional con sus particularidades permaneció heterogéneo en torno a los dos polos citados interno versus externo. A partir de los años ochenta la renovación del debate y el desplazamiento entre internalistas y externalistas, reincide en la necesidad de considerar la dimensión contingente de los procesos sociales, políticos y culturales que determinan la formación del saber científico. (Moro, 2005: 256-268).

Desde la sociología, Latour, Woolgar (1979) en su obra *Laboratory life. The Construction of Scientific Facts*, subrayan la sustitución de la categoría de ciencia por la de prácticas científicas. Es decir, pasar de una visión estática analizada a posteriori a una ciencia que está haciéndose (*Science in the making*). Consideran que "ciencia pura" y "sociedad al margen de la ciencia" son categorías ideales. Apuntan que existen actores-red ("*actor-networks*") que conectan a humanos con otros humanos, a humanos con cosas, o a cosas con otras cosas. La revisión de la ciencia como praxis posibilitó el análisis de controversias (*Controversial Studies*) aplicadas a la actividad científica contemporánea. En esta etapa se generaliza la idea de que el conocimiento científico no es una realidad a la que se accede, sino una realidad que se construye. Por ejemplo, para Shapin (1982: 159) "la sociología del conocimiento se construye sobre la apreciación de que las circunstancias contingentes afectan a la producción y a la evaluación de las explicaciones científicas". Así para Friedman (1998:240) se produce un desplazamiento que se apoya en la idea de que no hay una realidad, ni una lógica, ni unos criterios objetivos que determinen los hechos científicos, sino que desde estos planteamientos relativistas, la sociología de la ciencia considera que las nociones de racionalidad, objetividad y verdad son normas convencionalmente adoptadas y reforzadas por grupos socioculturales. Sin excluir otros movimientos como los *Gender Studies* o la *Cultural History*, a partir de los años setenta emergieron líneas de estudios que permitieron un movimiento de renovación de la historia de la ciencia. Desde entonces, una irrupción de enfoques sociológicos propone una nueva definición de ciencia (Moro, 2005:269-272).

1.2. Impacto en la educación y la salud

El *Espacio Europeo de Educación Superior* es una iniciativa que se materializa cuando en mayo de 1998 ministros responsables de educación superior de Francia, Alemania, Reino Unido e Italia realizan una declaración conjunta denominada "Declaración de la Sorbona". En ella se propone armonizar los sistemas de Educación Superior en Europa y potenciar la Europa del conocimiento. Se toma la iniciativa de crear el EEES que favorezca la movilidad y las oportunidades de empleo, en el que puedan confluir identidades e intereses comunes potenciando el desarrollo global de Europa. La "Declaración de Bolonia", se produce en junio de 1999, donde ministros de 29 estados europeos (entre ellos España) se adhieren a los principios establecidos en la Declaración de la Sorbona y sientan las bases para la construcción del EEES fijando su realización temporal hasta 2010. Los objetivos básicos son: a) la creación y consolidación del EEES y b) la promoción del sistema europeo de educación superior en todo el mundo. Las propuestas concretas recogidas en la Declaración de Bolonia, con el fin de alcanzar tales objetivos son: a) adopción de un sistema de titulaciones flexible, comprensible y comparable mediante la implantación, de un Suplemento Europeo al Título (SET), entre otras medidas; b) dos ciclos formativos principales Grado y Postgrado; c) sistema de créditos común, *European Credit Transfer System* (créditos ECTS) para promover la mayor movilidad de estudiantes; d) promoción de la movilidad y libre circulación de estudiantes profesores y personal administrativo de instituciones de educación superior; e) cooperación europea para asegurar un nivel de calidad mediante criterios y metodologías comparables organizadas por competencias; f) promoción de una dimensión europea de educación superior (particularmente cooperar en el desarrollo curricular).

La Declaración de Bolonia reconoce la necesidad de apoyo y seguimiento para este desarrollo, por lo que los ministros adheridos al proceso se reúnen cada dos años y han llegado a la presencia de 46 países participantes. La adopción por parte de España a este proceso es el objetivo principal del Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, aunque se encuentran en vigor otras normas (ECTS, calificaciones y Suplemento Europeo al título (SET), (CRUE, 2012). A la vez, el mundo interconectado mediado electrónicamente, ha incidido también en el soporte comunicativo y de transmisión de conocimiento en las modalidades tradicionales de enseñanza y contacto profesor-alumno. La no presencialidad y la inmediatez en el traspaso virtual de información, es una de las repercusiones más notables del fenómeno Internet en el ámbito educativo internacional, entre otras formas recopilatorias de obtener y procesar datos con finalidades tanto docentes como investigadoras. Sin embargo, todos estos cambios a los que se viene adaptando el ámbito universitario europeo al cumplirse la primera década del nuevo milenio, no han estado exentos de reactividad por parte de estudiantes y docentes de países diversos. Algunos ejemplos recogidos de académicos en España, pueden ser los siguientes. En 2008, el entonces Rector de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), escribía un artículo de prensa sobre la presencia en esa etapa del cartel estudiantil de "NO a Bolonia" en las universidades españolas. Su interpretación refiere esta proclama como símbolo de los detractores de dicho proceso, cuyas acusaciones se pueden sintetizar en: querer privatizar la universidad pública, mercantilizarla, degradar los títulos universitarios y querer supeditar la universidad a los intereses del mercado. Tales protestas se habían producido también contra los rectores europeos reunidos en Barcelona. El Rector, pronuncia en su escrito, que "si Bolonia iba a suponer todo lo denunciado, que no se contara con el..." (Berzosa, 2008)². En otro artículo publicado en esa misma época (Pardo, 2008)³ y titulado "La descomposición de la universidad", destacaba: "El "proceso de Bolonia" pretende facilitar la incorporación de los licenciados a la sociedad. En realidad, esconde tras sus promesas un zarpazo que puede ser mortal para las estructuras de la enseñanza pública". En otros apartados indicaba que "se trata de una reconversión cultural para reducir el tamaño de los centros en función del mercado" y "el profesorado pasa a subsector de producción de conocimientos para la industria y la banca". En cuanto a la invocación de la "sociedad del conocimiento" advertía del "dramático resultado de la destrucción de articulaciones teóricas y doctrinales de la investigación científica para convertirlas en habilidades y destrezas cotizables en el mercado empresarial" (Pardo, 2008). Algunas interpretaciones, especialmente de profesorado, referían su temor a la falta de recursos en las aulas para la nueva versión de enseñanza-aprendizaje, en relación con el elevado número de estudiantes en las mismas. En todo caso, el proceso de convergencia europea se inició en nuestro país, cuya incertidumbre hacia el futuro perdura desafiante.

Los *cambios sanitarios*, es otra vertiente a considerar en el estado español y ámbito sanitario. La Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986 de 25 abril (BOE 102 de 29 de abril 1986: 10499), puede considerarse precursora de cambios posteriores que sucesivamente han modificado el escenario asistencial en salud con repercusión hasta el presente. En dicha Ley, tiene especial relevancia la universalidad de las prestaciones de la asistencia sanitaria y se incorporan varios conceptos que modifican la orientación asistencial. Es frecuente la aparición de términos como: atención integral a la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, respeto a los usuarios (su personalidad, dignidad e intimidad), junto con la noción de no discriminación en materia de información sobre los servicios de salud y el deber de los poderes públicos de informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes. También se explicita el requerimiento de la

² Berzosa, Carlos (2008). Sí a Bolonia, pero no así. El País, 9.6.2008. [Carlos Berzosa. Era en aquellos momentos Rector de la Universidad Complutense de Madrid]. Obtenido de Internet 7.5.15: http://elpais.com/diario/2008/06/09/educacion/1212962402_850215.html

³ Pardo, J.L. (2008). La descomposición de la universidad. [J.L. Pardo es Catedrático de Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid]. Obtenido de Internet 9.5.15: http://elpais.com/diario/2008/11/10/opinion/1226271612_850215.html

adecuación de los conocimientos profesionales sanitarios a las necesidades de la sociedad española, que posteriormente vendrá matizado por el despliegue de legislación específica. Finalmente la adecuación de conocimientos es definida y compatibilizada mediante la normativa de las enseñanzas universitarias a propósito del EEES y la adhesión del gobierno de España a este nuevo plan, conocido como Plan Bolonia.

Entre el despliegue de leyes y normativas ulteriores a la LGS, en relación con este estudio tiene relevancia especial la Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre), así como su homóloga precedente en Cataluña (Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica (DOGC núm. 3303, de 11-01-2001, p. 464 ss.). Interesan también de modo prioritario, las leyes que afectan a la profesión enfermera y al desenvolvimiento de su quehacer profesional, entre las que se encuentran: Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (BOE nº 269 de 9 de noviembre) la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128 de 29 de mayo) , la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE nº 280 de 22 de noviembre) y la Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de Salut Pública en Cataluña (DOGC 5495, 30.10.2009). En suma, se trata de la normativa esencial jurídica que da cabida al enfoque de salud promulgado por la LGS de 1986, con el reto de la calidad en la prestación asistencial y la redefinición de la actividad de los profesionales.

En paralelo con el referido despliegue normativo y como consecuencia de los cambios producidos por la globalización, progresivamente, adquiere relevancia la consideración de la ciudadanía. Se trata de un actor emergente que incidirá en la toma de decisiones que concierne a su salud, exploraciones, tratamiento y en definitiva a la persona como sujeto de atención y cuidado. Este cambio de enfoque, tiene precursores internacionales, como puede ser el *The European Health Report 2009. Health and Health Systems* (WHO Europe: 121). Al respecto también se pronuncia el Consejo Internacional de enfermería (CIE), al destacar que se dote a las enfermeras de las competencias necesarias para conseguir que los pacientes estén bien informados y en colaboración con ellos, poder trabajar para satisfacer mejor sus necesidades de salud (CIE, 2012:4; CIE, 2003:14). Simultáneamente se reconoce que la relación profesional-paciente no debe basarse en un modelo paternalista de relación. Así, se va gestando el asociacionismo entre pacientes, que existía en España con características limitadas procedentes del periodo político de dictadura en el que era difícil era asociarse. A la vez, la prosperidad económica en España en torno a los años del cambio de siglo, va acompañada de un discurso político que garantizaba diversidad de soluciones y servicios de atención sanitaria a la ciudadanía en relación con su salud. En conjunto, el cambio se refleja en múltiples iniciativas legislativas y programas que garantizan los derechos a los pacientes, destacando entre ellos la referida Ley de autonomía de los pacientes, entre otras.

Muchos de estos cambios eran desconocidos por la mayoría de los pacientes. Todo ello llevó al Foro Español de Pacientes⁴ a adoptar desde su creación en el año 2004 el lema "la voz del paciente en democracia" con la finalidad de introducir progresivamente a las asociaciones de pacientes en la participación de la gestión en salud. En el año 2006, dicho Foro promovió el proyecto la Universidad de los Pacientes⁵ que organiza junto con profesionales, administraciones públicas y asociaciones de pacientes, actividades de información y de formación (a través de actividades acreditadas por la Universidad Autónoma de Barcelona). Entre ellas: "paciente experto", "paciente especialista" y "paciente tutor", así como actividades de investigación social y asesoramiento de asociaciones. El siguiente paso es la mayor participación de las asociaciones de pacientes en órganos de toma de decisiones de asistencia sanitaria, tanto a nivel de gobierno de instituciones como en el diseño de políticas públicas (Jovell⁶, Navarro-Rubio⁷2009: 2-3). El Foro español de pacientes actualmente agrupa a más de

⁴www.webpacientes.org/fep

⁵www.universidadpacientes.org

⁶ Albert J. Jovell (1962-2013). Presidente del Foro Español de Pacientes. Impulsor Proyecto Universidad de los Pacientes. Universidad Autónoma de Barcelona

⁷ Presidenta del Fòrum Català de Pacients.

1.000 asociaciones (Carrasco, 2014: 62). La progresión de este fenómeno, junto con la evolución democrática de nuestro país y otras democracias occidentales, da lugar a lo que se ha denominado "perfil del paciente del siglo XXI". Se le atribuyen características como son: aumento de alfabetización formal; de nivel de educación reglada; de necesidades de atención social y socio-sanitaria; más información mediante Internet; baja educación cívica sobre el uso de bienes públicos y cambio de la categoría de paciente a la de cliente (Jovell, 2006:86). Progresivamente se va cambiando el "modelo pasivo de paciente" por el de "paciente o cliente activo y participativo", incluyendo el término usuario, relacionados estos dos últimos con la terminología de mercado.

La necesidad de atender la información o comunicación requerida por el paciente, cliente o ciudadano en el ámbito asistencial en salud, derivada de las leyes citadas, se incluye en diversos tipos de documentos de políticas públicas, ya sea en forma de "conveniencia" o "recomendación" dirigida a los profesionales, contemplando en su caso, el auge las TICs. Se plasma sucesivamente en entornos de distinto alcance y en el ámbito sanitario. Algunos ejemplos pueden ser: el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (MSC, 2006 :2-10, 2010 : 50-53) ; Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010 (MSC, 2009 : 55); Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Proyecto AP-21 2007-2012 (MSC, 2007: 39-41); Atención Primaria de Salud: nuevos retos nuevas soluciones (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, 2009:20). Por otro lado, en la Estrategia de Cuidados Paliativos en España (MSC, 2007: 92-98), Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Actualización 2010-2014. MSPSI (2011 : 27-51), se destaca también la conveniencia de participar en la necesaria preparación profesional para acompañar, brindar soporte emocional y cuidar integralmente al paciente ante enfermedades graves al final de la vida junto a su familia, aspecto en que focaliza la atención la presente investigación. En Cataluña, surgen constataciones parecidas en documentos como pueden ser: Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (2012: 136), Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2007: 45), Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, Barcelona (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2003: 69) i Llibre Blanc Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006: 207). En este último caso, la comunicación se plantea en modalidad "consejo", para promover la intención de cambios en los estilos de vida hacia comportamientos saludables, según enmarca posteriormente la Llei 18/2009 de Salut Pública (DOGC, 2009: número 5495: 81071).

La repercusión de los cambios descritos en España, guarda relación con otras modalidades aplicativas de la comunicación asistencial, en este caso, vinculada a otro tema también emergente durante los últimos años, como es el de la seguridad del paciente. Durante la primera década del siglo XXI, la seguridad del paciente se considera un componente clave de la calidad asistencial, tanto por parte de los pacientes y sus familiares, que desean sentirse seguros en las intervenciones clínicas, como por parte de los centros asistenciales que desean reducir los efectos adversos en la salud y su repercusión en los costes económicos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 : 6-8). El mayor impacto sobre el tema procede de la publicación en EEUU del informe realizado en 1999 "*To err is Human: building a safer health system*" como opinión de la Comisión de Calidad de la Atención en Salud en América, del Instituto de Medicina (Kohn, Corrigan, Donaldson, eds, Washington DC, 2000)⁸. Este informe, contra la creencia previa de que la mayoría de errores eran humanos, planteo su carácter *sistémico* y las estrategias para su prevención (García-Barbero, 2004:209-211). La OMS aborda el mismo tema en un informe publicado en 2001 donde realiza una exposición de datos sobre efectos clínicos adversos de distintos países (OMS, 2001)⁹. Así, se introduce un debate público y se incorpora en la agenda política de distintos estados y organismos (García-Barbero, 2004:209-211). En esta línea, el informe "*Keepings patients safe. Transforming the work environment of*

⁸ Kohn, Corrigan, Donaldson, eds, Washington DC (2000). *To err is Human: building a safer health system*. Washington, DC. National Academy Press, 1999.

⁹ OMS (2001). Consejo Ejecutivo, 109ª Reunión. Punto 3.4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría, 2001. Obtenido 4.5.2012: www.who

nurses” aporta pruebas sobre investigaciones de los servicios de salud, para abordar cuestiones esenciales a considerar que incluyen los niveles de dotación de personal de enfermería, las horas de trabajo y las horas extraordinarias obligatorias de la enfermera, para abordar apremiantes cuestiones de política pública (IOM, 2004).

Al estudiar el recorrido de tal evolución, se observa cómo desde el año 2000 el interés por la cuestión, no ha hecho más que proliferar: la OMS en su 55 Asamblea Mundial (Ginebra, 2002), la Asamblea Mundial de 2004, la Comisión Europea y el Consejo de Europa en 2005, instan a sus estados a la creación de infraestructuras de interés científico para abordar el tema. Simultáneamente se crean organismos específicos con el fin de estudiar la seguridad del paciente en distintos países (como pueden ser el *Canadian Patient Safety Institute* en 2003, el *National Patient Safety Agency* perteneciente al *National Health Service (NHS)*, 2000, 2001, 2006 y traslado de estructuras al NHS en 2012) y en el año 2005 Europa se pronuncia mediante la “Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes” y posteriormente la “Declaración de Luxemburgo” como resultado de la conferencia de la *European Commission DG Health and Consumer Protection*. En 2006, el Eurobarómetro, presenta los resultados de un estudio cuantitativo que analiza la incidencia de errores médicos en distintos países europeos. En 2009 la OMS publica el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo, que incluye conjuntos normalizados de conceptos clave, definiciones acordadas, términos preferidos y aplicaciones prácticas en relación con la seguridad del paciente como dominio ontológico (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010: 7). Progresivamente, se asume la seguridad del paciente como alianza internacional y reto global impulsado por la OMS. Se trata de involucrar a los países y pacientes y crear una taxonomía e investigar en este campo. Se aconseja una infraestructura que integre: a) el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático, b) el establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones y c) la implicación de los pacientes y de los cuidados en el proceso (García Barbero, 2004: 210).

En España, según estas consignas, se busca apoyo de asociaciones de pacientes, profesionales y en las Comunidades Autónomas, se realizan estudios sobre: efectos adversos en hospitales (ENEAS, 2005), y asistencia primaria (APEAS, 2008); evaluación del uso adecuado de medicamentos e indicadores de buenas prácticas, (Plan de Calidad para el SNS 2006-2010: 34-37). También se publica el estudio La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente (MSPSI. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, 2011). En resumen, se resalta que entre los aspectos a mejorar esta la comunicación profesional-paciente, donde se debate acerca de: claridad y firmeza en la información, adaptación del lenguaje al paciente y formación de habilidades comunicativas para profesionales (Ministerio de Sanidad y Política Social (2010: 17). En el avance de esta línea se propone la elaboración de un cambio normativo que permita la notificación no punitiva de eventos adversos (Plan de Calidad para el SNS 2006-2010: 34-37), cuestiones ratificadas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 (estrategia 8). (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010: 39).

De acuerdo con lo planteado en España, se publica el Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y efectos adversos en el sector sanitario (MSP: 2009-g). En el se informa del requerimiento de modificar la legislación vigente en profundidad para establecer un sistema integral de notificación de efectos adversos, aunque se realiza una propuesta de menor calado que podría hacer factible dicho sistema, sin las garantías jurídicas necesarias para todas las partes implicadas. No obstante, estos planteamientos, se consideran la orientación del sistema sanitario futuro, que requieren de un cambio de cultura profesional y disposición a asumir responsabilidades que se derivan de un comportamiento ético intachable, garantía por la que se pronuncia el Consejo de Europa (Recomendación Rec 2006, 7).

Finalmente, el Desarrollo de la estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011, reconoce el avance importante en la seguridad del paciente en el SNS, aunque apunta que muchos profesionales sanitarios todavía no son conscientes de su alcance. Concluye en la necesidad de seguir impulsando prácticas clínicas seguras y la evaluación de su impacto en los pacientes, como retos a plantearse para el futuro en todos los ámbitos y niveles del SNS. (MSPSI 2011: 34-37). En Cataluña, el Departamento de Salud crea en el año 2005 l'Aliança per la Seguretat dels Pacients a Catalunya, cuya promoción de políticas de seguridad y calidad clínica figura en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 (2012). Entre otras actuaciones, se ha elaborado el Plan Estratégico en Seguridad de los Pacientes de Atención Primaria 2011-2015 y el Plan Estratégico en Seguridad de los Pacientes de Atención Hospitalaria 2012-2016, en ambos ha sido clave la implantación de unidades de gestión de riesgos asistenciales. Otra aportación ha sido la implantación de un sistema de notificación de eventos adversos y en esta línea acuerda impulsar el Pla Estratègic de la Participació del Pacient en el Sistema Sanitari de Catalunya 2013-2106. (Generalitat de Catalunya, 2015).

En consecuencia, los cambios indicados suponen el germen de una nueva corriente de atención centrada en el paciente (ACP) que se ha gestado durante la pasada década. Por lo que respecta a la profesión enfermera, es también en dicho periodo que la presencia de dos normativas legales, entre otras (como las que afectan a la formación en el EEES), resultan fundamentales para la regulación profesional y la visibilidad de las aportaciones de los cuidados de enfermería a la salud de las personas, mediante la historia clínica del paciente. Por un lado, mediante el RD 1231/2001, se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería, donde entre otros aspectos, se define el marco y actuación de la profesión enfermera. Se reconoce que "... el *enfermero generalista*... es el profesional legalmente habilitado..." cuya prestación de cuidados se plantea en los siguientes términos: "Los servicios de enfermería tienen como *misión* prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades *en todas las etapas del ciclo vital* y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el *respeto a la vida y a la dignidad humana*". "... en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referidos a la *prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna*" (Título III, Capítulo I, Artículo 53, Apartados 1 y 2). Se destaca también, que la ordenación de la actividad profesional enfermera se orienta en consonancia con el Código Deontológico de la profesión, hacia la mejora de *la calidad y la excelencia de la práctica profesional*. (Título III, Capítulo II, Artículo 56, Apartado 1). Es en relación con esta legislación específica, en consonancia con la Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que se plantea esta investigación para profundizar en la modalidad cualitativa de respuesta comunicativa implícita o que podría resultar adecuada a los conceptos que promulgan ambas leyes en relación con las expresiones "*dignidad humana*" y "*muerte digna*" que promulga dicha normativa y matiza la referida Ley 41/2002 en relación a la relación asistencial, según se plantea posteriormente en el apartado 4.3. Comunicación y salud en el presente estudio.

Por otro lado el RD 1093 de 2010, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (previamente referido en la Ley 41/2002) establece la implantación de un sistema de compatibilidad de registros que posibilite su uso por los centros asistenciales de España, para evitar que las personas atendidas en distintos centros se sometan a procedimientos de repetición innecesarios. De esta forma se presenta la estructura de la información clínica de forma estandarizada en cualquier tipo de soporte, electrónico o papel de aplicación en todos los dispositivos asistenciales que integran el Sistema Nacional de Salud. En cuanto a la historia clínica y los informes son, en general los informes asistenciales tradicionales como por ej. "de alta" y "de urgencias", etc. entre los que se contempla el Informe de cuidados de enfermería, que formara parte además, de los informes asistenciales resumidos y de urgencias que junto con informes médicos, se deriven de

la historia clínica del paciente, con la integración de las particularidades propias de cada profesión y que se establecen. En el caso de enfermería, entre la estructura de la información a contemplar se estipula la procedente de los diagnósticos NANDA¹⁰ (North American Nursing Diagnosis Association), las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) (apartado g, Anexo 7), propios de la normalización o estandarización de cuidados empleados internacionalmente por enfermería en la actualidad.

En consecuencia, el modelo de Atención Centrada en el Paciente, toma en consideración que los pacientes en un contexto informado son más propensos a participar activamente en su cuidado y a tomar decisiones más sabias, a la vez la ACP, facilita un entendimiento común con los médicos por lo que aumentan las probabilidades de una adherencia más plena en el tratamiento (Epstein, Alper, Quill, 2004: 2359). La ACP reivindica la necesidad de volver la mirada hacia el paciente individual. En las condiciones de la práctica clínica, contempla sus objetivos, preferencias y valores, así como los recursos disponibles. Conceptos como "toma de decisiones compartidas" o la capacitación (*empowerment*) de los pacientes resultan claves en esta corriente. En esencia, se trata de que el profesional comprenda los aspectos psicológicos, culturales y sociales que determinan la actitud del paciente ante la enfermedad, factores que pueden condicionar su pronóstico (Sacristán, 2013: 460-461).

El giro en el rumbo universitario y los rasgos de la enfermería española en el futuro procedentes de cambios en su titulación es uno de los aspectos más relevantes para la enfermería española durante el siglo XX. El primero le permitió acceder a los estudios universitarios (Diplomatura 1977) y el segundo permite la obtención de estudios de grado, máster y doctorado. El Real Decreto 2128/1977 de 23 julio sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería, permite acceder a la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE). Posteriormente, con la adhesión del estado español al EEES, al desaparecer las opciones de titulación en modalidad diplomatura, estos estudios se convierten en titulación de grado. Inicialmente la nueva estructuración de las enseñanzas y títulos universitarios oficiales se concibió a través de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades y fue concretada y llevada a la práctica por medio del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, que deroga otros anteriores y por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales para llevar a cabo la adaptación de todas las enseñanzas a la nueva estructura en el año 2010, considerándose la completa transformación de su oferta de enseñanzas en el curso académico 2010-2011. En dicho curso académico, se considera también que se habrá generalizado la implantación de los nuevos títulos de grado, master y doctor. Posteriormente el Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, establece modificaciones sobre procedimientos y créditos en el anterior Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre.

En resumen, con la legislación indicada, en treinta años la titulación enfermera obtiene el reconocimiento universitario y el acceso a los estudios superiores (grado, master y doctor) de forma que puede realizar una carrera profesional y académica a través de estudios en su propia disciplina (Tazón, 2011: 125). Cabe añadir, que en la situación anterior, aun habiendo obtenido derecho a la titulación universitaria (diplomatura), a partir de 1977, imposibilitaba la continuidad de los estudios superiores en la propia enseñanza enfermera, dado que estos no eran contemplados por la legislación vigente. Por este motivo, las enfermeras debían realizar estudios superiores en otras áreas de conocimiento y disciplinas con el consiguiente perjuicio

¹⁰ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuya obra es traducida al castellano como Diagnósticos Enfermeros (NANDA-I, 2011); Nursing Interventions Classification (NIC), traducida al castellano como Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, 2009) y Nursing Outcomes Classification (NOC) traducida al castellano como Clasificación de Resultados de Enfermería (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2009).

para el crecimiento del propio corpus de conocimientos. Es decir, no podían licenciarse, ni doctorarse en enfermería, sino en otras disciplinas. Con la legislación vigente, junto con la graduación es posible realizar másters oficiales¹¹ y defender tesis doctorales en la disciplina enfermera¹². No obstante, las aportaciones de licenciaturas y doctorados desde otras enseñanzas, se reconocen como un enriquecimiento de la perspectiva disciplinar propia y un singular beneficio para la profesión enfermera.

Durante el siglo XX, Enfermería ha dado otros pasos importantes para el crecimiento y desarrollo profesional. Uno de relevancia internacional, ha sido la elaboración de instrumentos para la estandarización de los cuidados. En este sentido, el Consejo Internacional de Enfermería, reconoce y orienta el empleo de actuaciones enfermeras estandarizadas, justificando la ventaja de utilizar modelos y herramientas preexistentes de calidad (CIE, 2007: 3-4). En dicha orientación, puede integrarse documentación de NANDA, NIC y NOC referida anteriormente a propósito del Real Decreto 1093 de 2010 de normalización de datos mínimos para la historia clínica del paciente. Los antecedentes de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), se basan en las primeras clasificaciones diagnósticas enfermeras en 1973 (San Louis, Missouri) y la fundación de esta asociación en 1982. En el año 2002 NANDA International (NANDA-I) fue relanzada como reflejo del creciente interés acerca de la terminología enfermera. El desarrollo de NIC se inició en 1987 en la Universidad de Iowa (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, 2009: 3-6). Los NOC proceden de 1991 de la misma universidad.

Las tres clasificaciones¹³ (NANDA, NIC, NOC) constituyen desde 2001 la alianza NNN, cuyo objetivo es avanzar en el desarrollo, la verificación y el perfeccionamiento del lenguaje enfermero (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, 2009: 6), contemplado para la práctica, la educación y la investigación enfermera, para ser utilizados a nivel individual, familiar y comunitario o poblacional y representan conceptos que describen el fenómeno básico del ámbito de los cuidados de salud, del que es responsable enfermería como profesión y disciplina. Cabe destacar la relevancia de estas taxonomías en un momento en el que los lenguajes estandarizados son también necesarios en el procedimiento informatizado, de forma que permitan datos actualizados de los pacientes y el estudio de relaciones entre estos datos y los correspondientes fenómenos (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2009: 29-30).

En este contexto, cabe resaltar que desde NANDA-I (2010), se apunta de forma específica el requerimiento de habilidades interpersonales para las enfermeras, dado que se reconoce, que los diagnósticos enfermeros son mejor utilizados por enfermeras que tienen habilidades de comunicación interpersonal excelentes. Estas se consideran necesarias para que los pacientes confíen lo suficiente en ellas, así como para hablar sobre sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales, teniendo en cuenta, además, que la confianza se refuerza mediante la habilidad para comunicarse de forma madura. De aquí, según Munhall (1993), la importancia para enfermería de conocer a las demás personas a través de los procesos interpersonales y especialmente mediante la escucha activa, a través del respeto e interés en sus opiniones y puntos de vista y validando las propias percepciones de la enfermera con las de los pacientes y sus familias. Por estos motivos, las habilidades interpersonales son parte integral y un reto en el uso de los diagnósticos enfermeros. (NANDA-I, 2010: 4-6).

¹¹ Doctorado. En la Escuela de Enfermería de la UB en el curso 2015-16, existen dos líneas de doctorado: Doctorat en Infermeria i Salut; Doctorat en Ciències Infermeres (en extinció). Los másters universitarios como títulos propios que se pueden cursar son cuatro: 1) Lideratge i Gestió de Serveis d'Infermeria; 2) Cures Infermeres: Metodologia i Aplicacions; 3) Cirurgia Podològica, 4) Master en Cures Infermeres (en extinció). Consultado en Internet 24.9.15: <http://www.ub.edu/infermeria/>

¹² Un ejemplo del cambio y de la necesidad de profundizar en el corpus de conocimiento de la propia disciplina, puede interpretarse a partir del volumen de tesis doctorales presentadas a partir del curso 2009-2010. En septiembre de 2015 constan en la Escuela de Enfermería de la UB: 27 tesis leídas y defendidas y una en depósito desde este mismo mes. Consultado en Internet 24.9.15: <http://www.ub.edu/infermeria/doctorat/lectura.htm>

¹³ Disponibles en diversos idiomas y en una edición separada.

La estandarización enfermera de cuidados, incorporada en la referida normativa legislativa en el estado español (Real Decreto 1993/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud) ha supuesto documentación específica para su implementación, por ejemplo, en Cataluña se han elaborado distintos documentos por parte del Institut Català de la Salut (ICS) como pueden ser el *Estàndard de diagnòstics d'infermeria a l'Atenció Primària* (NANDA), (GENCAT, 2003) i *Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats* (GENCAT, 2013). En conjunto las diferentes CCAA contemplan la estandarización de cuidados de enfermería, en especial a partir del proceso de informatización del SNS, que de forma general incluye la historia clínica informatizada, las imágenes diagnósticas digitalizadas y la receta electrónica¹⁴. Sin embargo, aunque el proceso descrito, parece ser una realidad en el SNS, y existe constancia de que son muchas las aportaciones a congresos sobre el tema, se visualizan todavía pocas publicaciones, que informen acerca de resultados de la globalidad del proceso de implementación en España. Uno de ellos: Los planes de cuidados estandarizados en España, cuya autora es una Profesora de Enfermería de la Universidad de Alicante¹⁵ es un estudio no publicado y existen otros de carácter más local o autonómico, como puede ser el caso de Guipuzcoa (Huitzi-Egilegor, Elorza-Puyadena, Urkia-Etxabe et al., 2013: 2), en ambos casos se confirma dicha implantación como proceso general en los ámbitos territoriales correspondientes. Una aportación realizada desde el ámbito académico en Madrid, informa sobre algunos requerimientos de ajuste y acoplamiento de la información obtenida del paciente para su estandarización e informatización (Arribas Cachá, Hernández Mellado, Blasco Fernández et al 2015: 10). Finalmente, en la Escuela de Enfermería de la UB, centro elegido como estudio de caso de la presente investigación, se encuentra la sede y se fundó la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)¹⁶, que se dio a conocer a través del I Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, en Barcelona en mayo de 1996. Igualmente, se continúan organizando reuniones o congresos periódicos a nivel nacional o en su caso, participación internacional. También a la referida Escuela de Enfermería de la UB, pertenecen sus fundadoras¹⁷. A la vez, AENTDE esta vinculada con NANDA, NIC, NOC mediante la federación europea *Association for Common European Nursing Diagnoses Interventions and Outcomes* (ACENDIO), existiendo otras federaciones a nivel mundial.

La *crisis económica y su impacto en la salud* es aspecto esencial a considerar, debido a la repercusión negativa, agudizada en la primera década del siglo XXI. Las políticas adoptadas al respecto, afectan negativamente a los recursos humanos y ámbito asistencial de la salud en general, tanto en España, como en otros países occidentales de la Unión Europea, cuyos orígenes se establecen en los años 70 y se agudizan en los 90, a raíz de climas económicos severos que cuestionan el consenso sobre la contribución del estado de bienestar en el crecimiento económico (Bach, 2000:119-121). En España, al hilo de los cambios de dicho ámbito asistencial en salud, un estudio sociológico en la última década del siglo XX (Rodríguez Díaz, 1996: 149-156), analizaba la profesión médica y preveía una correlación coyuntural de la evolución de esta profesión con la emergencia del auge de otras profesiones en escena y en particular del caso de enfermería. Como detonante general, se apuntaba la necesidad de reducción del elevado gasto sanitario que debía asumir el estado, fruto de las grandes cifras de salarios de personal y de población a atender. Otros aspectos contextuales, se apuntaba que vendrían favorecidos por tendencias como las siguientes: a) la mayor esperanza de vida debida al envejecimiento poblacional, producía mayor presencia de enfermedades crónicas; b) dado

¹⁴ Consultado 20 mayo 2015: <http://ticsalut.gencat.cat/ca/>

¹⁵ Domingo Pozo, M. (2011). Los planes de cuidados estandarizados en España. Obtenido de Internet 13.5.15 en: <http://issuu.com/manolidomingopozo/docs/pcesns>

¹⁶⁻¹⁷ Las fundadoras son las Profesoras de Enfermería M. Ugalde, A. Rigol, junto con el soporte de otros miembros del equipo fundacional y ejecutivo. Mercedes Ugalde fue presidenta de dicha asociación, desde su creación hasta la pasada década y sus reuniones con NANDA, NIC, NOC en EEUU, han sido comunes durante estos años. <http://www.aentde.com>

que para estas enfermedades la medicina no tiene solución, en este tipo de casos se necesitarían mas prestaciones asistenciales de cuidados que de curación; c) esta evolución favorecería la relevancia en el escenario asistencial de otros roles profesionales (Ej. terapeutas físicos) y en particular enfermería; d) el sistema médico (con el que el estado había establecido privilegios y alianzas para el diseño de los grandes centros sanitarios), empezaba a convertirse en profesional del sistema sanitario, como sucedía con otros profesionales asistenciales. En resumen las prestaciones de otros profesionales, y en particular de enfermería, podrían empezar a acaparar el interés económico del sistema sanitario y del estado (Rodríguez Díaz, 1996: 149-156). Este supuesto queda ratificado en una publicación que cuestiona la conveniencia de la ratio enfermera/médico en una proporción de 1,4. Refiere que la baja dotación de enfermería respecto de la medicina, constituye un desequilibrio estructural endémico en España. Se apunta que las enfermeras por 100.000 habitantes en España continúan entre las más bajas de la OCDE (por ej. frente al 4,4 en Irlanda y Canadá) y refiere también, como el 1,4 puede afectar a la sustitución de médicos por enfermeras, entre otros aspectos por cuestiones de calidad a menor coste (Ortún, 2013: 46-47).

En la línea de estos dos últimos trabajos referenciados y en vista a la orientación futura de la profesión enfermera, cabe destacar el documento *The future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Report Recommendations* publicado por *el Institute of Medicine (IOM) of the National Academics de EEUU* en 2010. En el se asesora a la nación con varias recomendaciones, y cuyos mensajes clave y propuestas son: a) Las enfermeras deben practicar con todo el peso de su educación y formación; b) Las enfermeras deben lograr mayores niveles de educación y formación a través de un sistema educativo mejorado que promueve la progresión académica sin fisuras; c) Las enfermeras deben ser socios de pleno derecho, con los médicos y otros profesionales de la salud, en el rediseño de la atención de salud en los Estados Unidos; d) La planificación de una plantilla efectiva y la formulación de políticas requieren mejor recogida de datos y una mejor infraestructura de la información (IOM, 2010)¹⁸.

Finalmente, entre los posicionamientos institucionales es relevante recordar que con motivo del Día Internacional de la Enfermera (12 mayo 2015) el CIE publica el documento Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos, donde se aporta evidencia de la calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería, entre otros aspectos vinculados con la crisis económica. Para terminar la presente introducción, los cambios planteados, especialmente los derivados de la llamada revolución tecnológica, han reportado, en general, grandes beneficios a la sociedad en clave comunicativa. En el ámbito de la salud, son destacables los cambios legislativos que reportan derechos a los pacientes y de modo particular en el contexto de este estudio, son singulares los avances obtenidos por la profesión enfermera. Sin embargo, los efectos devastadores de la crisis económica en las personas mas vulnerables (SESPAS, 2014)¹⁹ ²⁰y el aumento de las desigualdades sociales (OCDE, mayo 2015)²¹ en los países que representa, dejan patente el esfuerzo profesional requerido desde el ámbito asistencial, entre el que cuenta la necesidad de reducir la brecha de la comunicación en salud. Aunque la comunicación es inherente a la condición humana, la relevancia atribuida al componente comunicativo en los últimos años, es un fenómeno nuevo para el que la profesión enfermera requiere formación e instrumentos, especialmente en su compleja modalidad competencial. La presente investigación busca contribuir con información que ayude a esclarecer dicha brecha comunicativa, y en lo posible, aporte elementos para la reflexión y para favorecer, mediante un trabajo arduo aunque incipiente, el impulso de futuras investigaciones que puedan participar de atribuir a la comunicación en salud el reconocimiento que aguarda.

¹⁸Committee on the Robert Wood Johnson Foundation. Initiative on the Future of Nursing at the Institute of Medicine, Consultado 15 de julio 2015 en: <http://iom.nationalacademies.org/Activities/Workforce/Nursing.aspx>

¹⁹ Segura, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014 Gaceta Sanitaria, 28 Supl 1:7-11 ²⁰ Cortes-Franch, I.; González López-Valcárcel, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria, 28 Suplemento 1:1-6.

²¹ OCDE (2015). In It together: Why Less Inequality Benefits All. OECD, Publishing, Paris. 6.6.15 Recuperado de http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefits-all_9789264235120-en#page3

En *resumen* los aspectos esenciales que parecen relevantes en cuanto a la comunicación en el cambio de siglo y con objeto de la educación enfermera son: a) Globalización y su impacto en la llamada revolución tecnológica, y en particular Internet, a la sociedad en general (globalización). b) Giro en la epistemología de la ciencia. Durante el siglo XX el debate sostenido entre distintos posicionamientos en la historia y la filosofía de la ciencia, con aportaciones singulares de la sociología, favorece el giro constructivista y epistemológico en general, en la manera de entender lo que es ciencia. El resultado reconoce su mayor conexión social, aunque el debate sigue abierto. c) EEES. Se plantean los propósitos del proceso de convergencia europea, la adherencia a este proceso del estado español y cambios en la filosofía de la enseñanza-aprendizaje, entre los cuales emerge la estructuración de planes de estudio por competencias. d) Cambios sanitarios. Derivado de la Ley General de Sanidad (1986) en España, emerge un despliegue normativo y político que regula actuaciones profesionales y asistenciales. Entre estas últimas, destaca la legislación que afecta al *derecho a la información asistencial del paciente, una de las claves que justifica el interés de este estudio*. Se apunta también la repercusión de la comunicación en la emergencia de la Alianza mundial de Seguridad del paciente, impulsada por la OMS. e) Rumbo universitario en la enfermería española. En treinta años la enfermería española accede la universidad y a la formación superior de postgrado. Se menciona la influencia del impulso de la enfermería estadounidense en la estandarización de cuidados que es reconocido en España, a través de legislación que afecta a la normalización de la información asistencial para el paciente. f) Se finaliza la introducción con la mención de la crisis económica sobre el sistema sanitario, en general, y su repercusión en los recursos humanos. En esta misma línea, se ilustra el caso mediante un informe de pronunciamiento sobre el futuro de la enfermería del Instituto de Medicina de Estados Unidos en 2010 y se cita la promulgación de cuidados costo-eficaces que anuncia el CIE en 2015 en relación con la profesión enfermera. Los cambios apuntados convergen en la necesidad de una educación transformadora (OMS, 2013) y la dotación de nuevos instrumentos para la formación de profesiones de salud, como en el caso de Enfermería, y ese es el propósito que guía el presente estudio.

II
CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

2. Contextualización del problema

El presente apartado documenta la trayectoria de la profesión de Enfermería en el estado español en el siglo XX. En particular, se realizan incursiones acerca de la evolución en comunicación en las diferentes titulaciones de estos estudios (Ayudante Técnico Sanitario, Diplomado en Enfermería y Grado de Enfermería), desde su institucionalización hasta la actualidad, en el centro de referencia (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona). En general, se manifiesta que la comunicación ha estado ligada a la evolución de la sociedad y la política educativa, al estado de conocimientos en un momento determinado y en particular, por lo que concierne a Enfermería, a la historia social de la mujer, al tratarse de una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres.

Para conocer el estado de la cuestión en profundidad, a lo largo del capítulo, se aporta información sobre una exploración bibliográfica extensa acerca de estudios de comunicación en esta profesión. Una primera aproximación documental general con estudios desde 1990 a 2002, apunta graves deficiencias estructurales asistenciales en esta profesión y en particular estudiantes de enfermería (por ej. trabajo físico y de tipo "doméstico") y otras procedentes de actuaciones enfermeras (de tipo evitativo en pacientes graves y sus familias), que orientan el planteamiento del problema, las hipótesis y objetivos del estudio, según se plantea en el Capítulo 3 de la presente investigación. La siguiente búsqueda documental, integra el periodo 1990-2009, donde se revelan déficits comunicativos acentuados entre la enfermera y el paciente, que se agrupan en torno a duración y atributos, situaciones de poder profesional y repercusiones en el paciente como denominadores comunes planteados por algunos autores, en relación con las actuaciones enfermeras con los pacientes. En conjunto, la información obtenida avala la orientación a seguir hacia la focalización en la comunicación con el paciente grave y su familia, según se justifica en la Introducción de este estudio y que en suma, abarca mayor amplitud resolutive al problema planteado (por ej. aparte de ser una situación legislada, Ley 41/2002, una modalidad asistencial comunicativa compleja, en su seno integra las modalidades más simples o menos graves, con suministro de recursos resolutive más amplios en la formación). Por otro lado, dada la persistencia de la dificultad en localizar material académico, y especialmente competencial (EEES) comunicativo en enfermería, se orienta continuar y mantener el seguimiento bibliográfico del tema a lo largo de todo el proceso de desarrollo de la investigación, de forma que pueda constatarse la evolución y en su caso, persistencia del problema planteado, tanto en la dimensión formativa y competencial como en la asistencial (segundo periodo de búsqueda documental 2000-2015).

Se contrasta esta información mediante las correspondientes Tablas (en particular resúmenes de confluencias entre autores por periodos analizados en las Tablas 2.7, 2.13, 2.14, 2.16) o un único resumen de autores y periodos en la Tabla 2.17. A continuación se muestra la trayectoria formativa en comunicación en el centro de referencia (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona), de acuerdo con la legislación reglamentaria. Se plantean los estudios en el EEES y se contrastan las competencias transversales propuestas por la Universidad de Barcelona y las específicas de Enfermería en la misma universidad, en particular en el caso de la comunicación, teniendo en cuenta los requerimientos del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) de 2011. En dicho centro, hasta el momento no se ha planteado una estructura o armazón particular para la competencia comunicativa en Enfermería, que integre su seguimiento y evolución a lo largo de los cuatro cursos curriculares, cuestión que a juzgar por la escasa documentación obtenida, repercute en el ámbito competencial en general (Blazun, Kokol, Vosner, 2015: 673-679), (Xi Vivien Wu, Karin Enskar, Cindi Ching Siang Lee, 2015: 347-259) en el ámbito nacional e internacional de la formación de enfermeras. El último apartado del capítulo, pretende mostrar como el lenguaje, herramienta clave de la comunicación, participa en la construcción social de la realidad, según los planteamientos de Berger y Luckman (1983).

2.1. Enfermería como profesión

Se plantea la *evolución* de la profesión enfermera en el estado español desde principios del siglo XX con algunas referencias históricas previas. A finales del siglo XIX, en 1857 a través de

la Ley de Instrucción Pública se creó el título de practicante como profesión auxiliar de la medicina, que luego se reguló en 1888 junto al de matronas, autorizadas para asistir partos naturales y quedando establecidos en ambos casos los conocimientos que se debían adquirir sometidos a jurisdicción médica. A partir de 1915 se obtiene el primer programa de enseñanza sistemática para enfermeras a petición de una comunidad religiosa (las Siervas de María), que integraba personas no pertenecientes a la congregación y cuya evolución ascendente en la creación de escuelas quedara truncada por la Guerra Civil. A mediados de siglo se unifican los títulos de practicante, matrona y enfermera en uno solo que dará lugar a la titulación de ATS. Desde entonces proviene la evolución hasta los cambios más recientes, (Dominguez Alcón, 1986, 2016). En consecuencia, los *orígenes* de la profesión enfermera están vinculados a los cuidados religiosos²². Sin embargo, entre los rasgos de sus antecedentes remotos y etapa previa a la institucionalización profesional, pueden establecerse dos periodos como son los planteados a continuación.

Una tendencia inicial, ligada a la enfermería intuitiva o personas con conocimientos adquiridos a través de sus predecesores, que marcaría sus orígenes y que perduró hasta el siglo X. Una segunda etapa se prolonga hasta el siglo XV, que supondría la evolución de lo que puede interpretarse como génesis profesional, que se va gestando mediante la participación de personas con ocupación, oficios y condiciones sociales diversas (hospitalers, hospitaleras, enfermeros, esclavos, barberos, entre otros). Desde el siglo XVI hasta el XIX, la actividad enfermera está vinculada al auge de los cuidados religiosos y es en esta época, cuando se crea la primera escuela de enfermeras (Santa Isabel de Hungría) en 1896 en Madrid. Aunque no es hasta principios del siglo XX, cuando se reconoce legalmente la profesión y se institucionaliza la formación, a través de la petición en 1915 de la Congregación de las Siervas de María, se autoriza a ejercer la profesión de enfermeras a quienes acreditasen tener los conocimientos requeridos, ya fueran o no miembros de comunidades religiosas, según se ha indicado anteriormente. Se establece un programa de 70 temas, prácticas en hospitales, asilos o consultorios y un examen teórico-práctico ante un tribunal (Dominguez-Alcón, 1986: 100-101). De esta forma, "la ley creó en 1915, una ocupación ("profesión") sanitaria, la enfermera, distinta a la que estableciera, en 1857, al practicante" (Dominguez-Alcón, 1986: 101). Cuando se institucionaliza la profesión, las características básicas de los cuidados eran "Estar en la cabecera del enfermo, en hospitales y domicilio, proporcionar información al médico, actuar bajo las ordenes del médico, aplicar remedios, ejecutar órdenes. (Domínguez-Alcón, 1986: 103). Todos estos aspectos abordados, los amplía la autora en su obra (Domínguez-Alcón, 2016, en preparación).

Desde la creación de la primera escuela de enfermeras en 1896 y legalización de la formación y profesión, los argumentos en favor de esta formación se sucedieron. Por un lado, se daba la necesidad de atender el cuidado de los enfermos y por otro, el requerimiento de enfermeras era expresado desde distintas instancias. Simultáneamente, existía la voluntad de promocionar a la mujer en la sociedad, según se ha evidenciado en documentación de la escuela de Santa Madrona en Barcelona, segunda creada en el país (en 1917), donde este objetivo prestigia los primeros años de dicha formación. En el mismo año 1917 se creó la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunitat de Catalunya, cuyo folleto apunta igualmente varias frases referidas a la promoción de la mujer. En este centro destaca la mayor presencia de mujeres en la formación y patronato, donde anteriormente predominaban los varones. Posteriormente se fundaron otras escuelas, como la de Quinta de Salud La Alianza en 1926. Un rasgo muy distintivo lo obtuvo la Escuela de la Generalitat, que a la formación en cuidados agregó amplitud de temas culturales como conciertos, conferencias, ópera y cultura física (la natación y el deporte eran obligatorios), a la vez que no estableció distinciones entre sexos. De esta escuela destaca también la figura de la Jefa de Estudios, Ripol Noble, becada en

²² En mayo de 2015 se ha celebrado el Centenario del Reconocimiento Oficial de la Enfermera en España, bajo el lema "Un siglo cuidando a la sociedad". Entre diversos temas, se ha abordado el papel de las religiosas en el reconocimiento oficial de la Enfermería en España. XIV Congreso Nacional y IX Internacional de Historia de la Enfermería. Santander. Consultado Internet 24.9.15: http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/Programa_XIV_CONGRES.pdf

Estados Unidos por la fundación Rockefeller, lo que en conjunto dio a esta escuela un carácter vanguardista. La Cruz Roja tuvo también una destacada labor formativa de personal sanitario durante este periodo y antes de 1929, tenía establecida la enseñanza de enfermeras en treinta y dos provincias españolas y había intervenido en la publicación de dos manuales para la enfermería. En general, aunque cronológicamente las escuelas de enfermeras se crearon en nuestro país a la par que en otros países, la Guerra Civil interfirió en su evolución y desarrollo y no hubo exámenes hasta 1939 cuando terminó la guerra. Unas ya no volvieron a reanudar su actividad después de la guerra y otras al reactivarse, brindaron una excelente posibilidad de formación a las mujeres. Con la salvedad de las escuelas de Cataluña, básicamente de orientación progresista, la formación estaba encauzada según los valores de subordinación de las mujeres comunes en aquel tiempo combinados con valores morales e intelectuales y la exaltación de altruismo, todo ellos imperantes en aquellos momentos. No obstante, al parecer, la formación en ocasiones era deficiente (a veces se formaban en tres meses), lo que justificaba la necesidad de una titulación de enfermera diplomada similar a la existente en otros países (Domínguez-Alcón, 1986: 113-118).

En cuanto a la *comunicación*, es obvio que se trata de un medio sin el cual no podrían concebirse las relaciones humanas por lo que su presencia es constante. Por otro lado, es también evidente que la comunicación esta vinculada con el desarrollo y evolución de la sociedad, con problemas, valores y forma de concebir una época determinada en general. En este sentido, en relación con los cuidados hasta su institucionalización, a partir de recopilaciones de distintas referencias (Domínguez Alcon, 1981, 1986: 115-116, 2016), puede obtenerse una cierta noción de la orientación comunicativa, en el sentido de los valores prevalecientes en ese periodo histórico. Por ejemplo, previo a la institucionalización de enfermería, durante el siglo XIX, se observa la referencia vinculada al cuidado y bienestar de los pobres enfermos, a la medicina doméstica y remedios caseros y a la preservación de la salud en general, así como a practicas de cuidados militares. Tras la institucionalización, se destaca la presencia del Manual Práctico de Asistencia a Enfermos con referencia a la congregación Siervas de Maria, 1920 y posterior 1928 con 70 temas, que además trata de las cualidades de la enfermera; otros manuales en aquellos años presentan enfoques de alimentación y puericultura. También la labor ejercida por la Cruz Roja, dio lugar a Cartillas diversas; sanitaria, de socorro, de instrucción del camillero, etc. (Domínguez Alcon, 1986: 115-116). Es decir, la comunicación, en este caso a través de los títulos de textos, esta enfocada a la transmisión de conocimiento de cuidados en salud. En este sentido, da pistas de su evolución social en relación con la formación de quienes se ocupaban de los cuidados, acorde con el conocimiento disponible en la época.

Las enseñanzas de practicantes y matronas se realizaban en Facultades de Medicina y desde 1929 hasta 1962 constan en España diez facultades donde podía realizarse esta enseñanza. A partir del curso 1962 ya se contabilizaron 51 escuelas. Aparte de la emergente necesidad de asistencia a los heridos y enfermos, se puede entender que las necesidades en este periodo fueron muchas y acuciantes, por lo que fue destacable la labor realizada por Falange Española Tradicionalista y de las JONS al recluir y organizar a voluntarios, a la vez que cursillos de entrenamiento, dando lugar a un abanico de modalidades de enfermeras (hospitalarias, sociales, etc.) que pudieron cubrir una amplia gama de servicios y necesidades. Esta labor queda reflejada en la dinamización de un volumen 80.000 enfermeras, cuya cifra no se alcanzó en España hasta 1976 en condiciones de paz. De los años cuarenta, cabe destacar la Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 2 de noviembre de 1944, que trata entre otros, aspectos docentes, hospitalarios y de profesiones sanitarias, entre las que se incluye enfermeras, practicantes y matronas, sin una mención específica a esta formación. Se dio el caso, que entre 1920 y 1952 algunas mujeres se sacaron la titulación de practicante, prevaleciendo la dificultad de comprender si en realidad se trataba de una sola ocupación con dos nombres distintos (practicante y enfermera) o de dos ocupaciones diferentes (Domínguez-Alcón, 1986: 118-119).

Finalmente, en 1952, por Decreto de 27 de junio, se unifican los planes de estudios de practicantes, matronas y enfermeras en una nueva titulación, la de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) (Blasco et al, 2004:5) que surtirá a efecto a partir de 1953 (Decreto de 4 de Diciembre), configurándose una carrera de tres cursos académicos de duración (Domínguez-Alcón, 1986: 119-120). Estas escuelas, según la normativa, estarían dirigidas por un médico o un catedrático, contarían con profesores médicos y se atribuía algún cargo a enfermeras (jefa de escuela, secretaria de estudios e instructoras) aparte de administrador y capellán. En suma, esta legislación, apoya e institucionaliza la subordinación de la profesión de enfermería a la de medicina, como lo demuestra el hecho de que los cargos de poder (dirección y profesores) estuvieran ostentados por médicos, salvo el caso de determinados puestos de relevancia menor. El de 6 de julio de 1955 se prohíbe la coeducación, que se suprime posteriormente junto al internado en 1976. A finales de los años cincuenta se dan las primeras especializaciones (por ej. el 18 enero de 1957 se reconoce la de obstetricia), por lo que, en general, durante los años cincuenta y sesenta el encauce de los estudios de ATS se centro en la regulación de las titulaciones (de practicantes y enfermeras) y nuevas especialidades (Domínguez-Alcón, 1986: 122-123).

En relación con la comunicación durante este periodo de formación de ATS, es esencial para la práctica de los cuidados y en general, como en el resto de periodos, forma parte de la enfermería fundamental que transmite teorías y modelos propios de la profesión. No obstante, la formación teórica específica en este tema en los estudios de ATS²³, está incluida dentro de programas de Psicología general y evolutiva, ya sea expresada a través del lenguaje como propiedad humana o bien como comunicación y relaciones interpersonales. Otra cuestión, es que la comunicación es la herramienta clave de los cuidados en salud mental y en este sentido, es esta especialidad (en modalidad pregrado y postgrado) la que tradicionalmente ha focalizado más su atención en la comunicación, sin que por ello su especificidad haya sido transportada, necesariamente, a otras áreas formativas. No obstante, los estudios de ATS mantuvieron un enfoque caracterizado por la preeminencia de lo técnico sobre lo humanístico, por lo que la comunicación con el paciente, no fue uno de sus rasgos distintivos, al contrario, el enfoque tecnicista ha sido criticado por la focalización en las tareas en detrimento de la dedicación a la individualidad del paciente (Medina, 1999, 2005), (May, 1990).

Para comprender mejor la evolución de la profesión enfermera en los años 50 y sucesivos, es necesario contemplar que desde 1951 hasta 1977 se da en España un agudizado ascenso hospitalario público, creándose 131 hospitales de la Seguridad Social, lo que genera una gran demanda de estos profesionales, a la vez que preocupación por el déficit existente (incluso se llego a dificultar la apertura de hospitales). Ello favoreció que diversas instituciones, como el Instituto Nacional de Previsión, optaran por crear escuelas de ATS, lo que incrementó su impulso y en 1969 existían 169 escuelas repartidas en todo el territorio español (Blasco et al, 2004:5).

El *periodo universitario* (de ATS a Diplomado) se produce en España durante el *último tercio del siglo XX*. En 1970, la Ley General de Educación de 4 de agosto (artículo 31), posibilita la realización de estudios formativos a nivel universitario para la enfermería española, por lo que es uno de los cambios más relevantes para esta profesión. (Domínguez-Alcón, 1986: 122-123). Dicha Ley ofrece dos posibilidades a las enseñanzas de grado medio al que pertenecían los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) hasta entonces: una, estructurarse como Formación Profesional de Segundo Grado y otra integrarse en la universidad. La mayor parte del colectivo profesional opto por la vía universitaria y así el 22 de agosto de 1977, se publica en el BOE, el Decreto 2128/1977 de Ministerio de Educación y Ciencia de 23 de julio, sobre la integración en la universidad de las escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de

²³ A partir de programas revisados en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona (Documentos internos).

Enfermería. El 31 de octubre de 1977 se establecieron las directrices para la elaboración de los planes de estudios de estas escuelas, que marcan una duración de los estudios de tres cursos académicos y un número total de 4.600 horas de enseñanzas teóricas y prácticas. A nivel europeo, normas similares se hallan inscritas en el "Acuerdo Europeo sobre la instrucción y formación de las enfermeras" suscrito por el Consejo de Europa y ratificado por la Comunidad Económica Europea el 27 de julio de 1977, a través de las "Directrices de formación de los enfermeros de cuidados generales" donde se establece que las enfermeras europeas deberán cursar 4.600 horas en tres cursos, con unos estudios previos de educación general de 10 años del tipo de bachillerato o similar (Blasco et al, 2004:6-9).

Sin embargo, un problema a resolver fue la habilitación transitoria de las enfermeras que podían ejercer la docencia y no disponían, en su gran mayoría, de la titulación requerida (licenciada o doctora) para ser profesoras universitarias, (Orden ministerial de 13 de diciembre de 1978 y sucesivas prórrogas). Finalmente, mediante la Orden de 7 de febrero de 1984 se convocan y establecen condiciones para las pruebas de idoneidad previstas en la Ley de Reforma Universitaria, para el acceso a las categorías de profesor titular de universidad y profesor titular de escuela universitaria (Domínguez-Alcón, 1986: 124). Por otro lado, el funcionamiento de las escuelas viene regulado por la Ley General de Educación decreto 2293/1973 y por la orden de 17 de septiembre de 1974 que desarrolla el decreto 2293. Esta orden no especifica nada nuevo en relación con el gobierno de las escuelas, como tampoco lo hace la orden de 22 de octubre de 1978 por la que se establecen las condiciones específicas a reunir por las escuelas universitarias. En consecuencia, al no indicarse que la dirección de la escuela debiera ser asumida por un médico, se considera que una enfermera puede optar a ser directora de la escuela. La relativa flexibilidad legislativa se traducirá también en que existan diferencias notables en aspectos organizativos internos y de gobierno (Domínguez-Alcón, 1986: 124-125), por lo que hay, por ejemplo, escuelas constituidas en uno o más departamentos, unas con director médico, otras con directora de enfermería, con o sin catedráticos, etc.

La reforma de estudios de 1977 y creación de la Diplomatura de Enfermería, fue vivida por el propio colectivo enfermero como un logro. Sin embargo, al no poder prolongar los estudios hasta una licenciatura y doctorado (o segundo y tercer ciclo) suponía consecuencias negativas. Para "suplir" esa carencia se inicia una amplia oferta y demanda de cursos de postgrado en las escuelas de enfermería, a la vez que era cuestionada la finalidad o reconocimiento de esos mismos cursos, ante el deseo e incertidumbre de que algún día pudieran ser reconocidos o convalidados en formación con algún master o especialidad. En este sentido se pronunciaba una líder de enfermería de aquellos momentos en Cataluña: "¿nos hemos parado a pensar de qué nos sirve tanto esfuerzo personal y económico, si el sentir de todo el colectivo es que somos una de las profesiones con menor reconocimiento social y económico?... También cabría preguntarnos si todos estos cursos guardan coherencia..."(Blasco, 1989: 39). En consecuencia, muchas enfermeras durante estos años han precisado estudios superiores para desarrollar su propia carrera profesional, ya fuera asistencial y sobre todo docente, y se han visto obligadas a recurrir a otras áreas de conocimiento al no poder seguir estudios en la propia disciplina profesional (Roselló, 2004: 20). Esta situación ha influenciado negativamente en el progreso del corpus de conocimientos de la propia profesión (por ej. para progresar en investigación sobre cuidados) aunque se ha interpretado como un enriquecimiento multidisciplinar.

En cuanto a la comunicación en los estudios de Diplomado Universitario en Enfermería, según se comenta en otras partes de la presente investigación, el enfoque de esta diplomatura fue más humanístico que los estudios precedentes de ATS, tratando de conjugar lo humano con la parte técnica de la profesión. En ese sentido, se plantea el enfoque integral u holístico de los cuidados de la persona con todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. Esto afecta a la humanización del encauce formativo y profesional en general. Sin embargo, cambiar política y administrativamente una titulación, no supone, necesariamente, un cambio drástico en las posibilidades de obtener resultados. Por poner un ejemplo, el concepto biopsicosocial de salud, se atribuye a Engels (1976) y aunque progresivamente ha sido un modelo reconocido y cada vez mas aceptado en salud, no ha estado exento de dificultades, cuyo debate sigue abierto. Por un lado, ciertas resistencias de lo que se ha llamado medicina

“defensiva” o modalidad profesional más biológica en relación con la tendencia más partidaria de lo psicosocial. Por otro lado, surgen controversias en relación con las posibilidades de aplicación de este modelo, que resulta más compatible con la perspectiva de la complejidad (Borrell et al. 2002) que con otros enfoques teóricos que le preceden. En consecuencia, durante el último tercio del siglo XX y hasta el presente, la orientación enfermera es en la dirección del cuidado holístico, actuación que puede posibilitar la práctica del cuidado, atendiendo a las condiciones de salud del paciente. Otra cuestión es la complejidad, no solo de la aplicación, sino también de la evaluación de cuidados desde esta vertiente. Ello no impide que se haya ido humanizando la atención, dado que la misma sociedad y ámbito sanitario en general, también han ido en esta dirección (por ej. según se constata a través de la relevancia adquirida por la relación asistencial con el paciente mediante la Ley 41/2002 desde la pasada década). En consecuencia, en estos estudios de diplomatura de enfermería, se da un enfoque biopsicosocial del ser humano y se trabaja con los estudiantes de forma experiencial, entre otras, para facilitar esta integración humanística, sin embargo, la comunicación ha continuado siendo un tema de 2 horas aproximadas, del programa teórico de psicología general y evolutiva (Ciencias Psicosociales) sin una estructura integradora específica de la comunicación en particular, cuyo énfasis específico aparece posteriormente a partir del EEES.

Sobre la situación de las especialidades de enfermería, hasta el año 1977 las especialidades para Ayudantes Técnicos Sanitarios respondían básicamente a modelos médicos. Con la integración de la enfermería en la universidad, se regulan siete especialidades a través del Real Decreto 992/1987 de 3 de julio, de las cuales, solo se desarrollaron dos de ellas: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) en 1992 y la de Enfermería de Salud Mental en 1998 (González Jurado et al, 2007-a: 329-333). Posteriormente, mediante el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre Especialidades de Enfermería (BOE núm. 108 de 6 mayo 2005) se derogan las especialidades anteriores y se incluye el siguiente catálogo: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos²⁴, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica. El acceso a una especialidad se realiza a partir de superar una prueba anual única y simultánea de carácter estatal. La formación se realiza mediante la formalización de un contrato de trabajo (según artículo 20.3.f de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre) que exige el régimen de residencia en una unidad docente acreditada para tal fin, que a su vez incluye una Escuela de Enfermería y otros dispositivos asistenciales que en su conjunto conforman dicha unidad acreditada. En cuanto al número de plazas, del conjunto de 1495 plazas acreditadas, para la convocatoria de 2014-15 (con 16.137 aspirantes), se convocan 959 plazas, por lo que 536 plazas no se ofertan en dicha convocatoria. (CGE, 2015 : 69-75). Al respecto se ha apuntado que con una escasa oferta de especialización y con la necesidad de una reformulación en el perfil profesional, el debate sobre los nuevos roles (prescripción, prácticas avanzadas, mayor oferta de especialización, etc.) puede complicarse. (Bernardini-Zambrini, 2012: 278).

La *regulación y desarrollo profesional*, mediante la Ley 44/2003 de 21 de noviembre (BOE, nº 280 de 22 de noviembre de 2003) de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) se refiere al concepto de profesión desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como son: formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que constata se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones. Esta Ley indica también que en España solo se reconoce como profesión existente aquella cuya reglamentación procede del Estado a partir del ámbito educativo y el de la corporación colegial (LOPS, 2003:41443). En el Artículo 6 se reconocen como profesiones sanitarias las provenientes de licenciados sanitarios. Médicos, Farmacéuticos, Dentistas y Veterinarios. También psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos. De nivel diplomado se enumeran las siguientes profesiones: Enfermeros, Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, Podólogos, Ópticos-optometristas, Logopedas, Dietistas nutricionistas. En el apartado a) Enfermeros se indica: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería

²⁴ La especialidad de Cuidados Médicos-Quirúrgicos, tras 10 años de aprobación del catálogo de especialidades de enfermería, sigue sin desarrollarse por parte del MSSSI. (CGE, 2015-a: 69-75)

orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. La Ley refiere poderse incorporar en esta recopilación otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior. (LOPS, 2003:41446). Actualmente la extinción del título de diplomado y creación de la titulación de grado de enfermería podría modificar su ubicación en esta clasificación. Enfermería dispone de diversos requisitos apuntados en dicha Ley, como es la colegiación (amparada en la Ley 2/74 de 13 de febrero de 1974, de Colegios Profesionales, BOE 15 de febrero de 1974 y adaptaciones posteriores), el Código Deontológico de la Profesión de Enfermería y la formación universitaria. Por otro lado, se dispone también del estatuto de la profesión enfermera que contempla atributos como autonomía y responsabilidad en el ejercicio de los cuidados de enfermería y esta legislado en el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre (BOE nº 269, de 9 de noviembre de 2001), que deroga legislación anterior referida a las competencias de los ATS (Decreto 2319/60 de 17 de noviembre de 1960), (González Jurado, et al, 2007 :99-100).

A través del Consejo General de Enfermería de España, la enfermería española se halla vinculada al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) con sede oficial en Ginebra (Suiza). Fundado en 1899, es una federación de asociaciones nacionales de enfermeras de 128 países y considerada la más amplia organización internacional de profesionales de la salud. Trabaja para asegurar la calidad de la atención de enfermería y hacer de esta una profesión respetada. Sus normas y directrices se aceptan en todo el mundo como base de políticas para la práctica, formación, gestión e investigación enfermera, así como para favorecer el bienestar socioeconómico. El CIE propone la definición de enfermería siguiente: *"La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación"* (CIE, 2007). Por otro lado, normas y pautas de actuación relacionadas con los programas de estudios y el ejercicio asistencial de la profesión enfermera son dictadas también por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en tanto que organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas, responsable de la salud que orienta con directrices y normativas la elaboración de pautas asistenciales de salud pública en el mundo (OMS, 2007: 2).

Tanto por parte del CIE como de la OMS, la comunicación ha ido adquiriendo relevancia progresiva en los documentos de las últimas décadas [de los que aquí se citan solo los más representativos, dado que son diversos los apuntados previamente en la Introducción de esta tesis y también en otros apartados], ya sea de forma explícita o implícita, en la mayoría de casos en relación al desarrollo competencial, enfocado, especialmente, desde tres vertientes esenciales. Por un lado a través del fomento de los cuidados desde la cercanía del paciente (los cuidados se vuelven más explicativos, dado que se requiere la participación y comprensión del paciente -refrendada por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente- para lo cual ha de comprender su situación; un ejemplo de ello es el modelo de Atención Centrada en el Paciente) (CIE: 2009), (CIE, 2012:4; CIE, 2003:14) (Epstein, 2014) (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO 2002-a, b, c. Actualizado 2006), la mayor aproximación a la atención primaria (similar al caso anterior aplicado a la perspectiva comunitaria y atención a domicilio) y por otro lado, desde el fomento de las funciones de liderazgo en relación con el desarrollo profesional (CIE, 2004 ; 2001), (en estos casos, la comunicación supone saberse dirigir a un auditorio, saberse presentar, saber comunicar problemas, opciones, estrategias, alcance y objetivos, etc.) de forma que se oriente la adecuación profesional a las demandas sociales (CIE: 2015). La tercera línea de política asistencial en la cual la comunicación adquiere importancia capital, es a través de la estrategia internacional de seguridad del paciente desarrollada e impulsada por la OMS (OMS, 2001)²⁵ (García Barbero, 2004) con progresivo desarrollo en los distintos países desarrollados del planeta (ej. *Canadian Patient Safety Institute*

²⁵ OMS (2001). Consejo Ejecutivo, 109ª Reunión. Punto 3.4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría, 2001. Obtenido 4.5.2012: www.who

en 2003, el *National Patient Safety Agency* perteneciente al *National Health Service*, 2000, 2001, 2006, 2012) y sobre la que Europa se pronuncia en el año 2005 ("Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de los Pacientes" y posteriormente la "Declaración de Luxemburgo") como resultado de la conferencia de la *European Commission DG Health and Consumer Protection*. En España algún ejemplo puede ser el reflejo de los documentos: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011), Generalitat de Catalunya (2015), que explicitan la necesaria participación del paciente en conjunto con la colaboración profesional (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011). El propósito final es la reducción de efectos adversos (a partir del Informe realizado en 1999 en EEUU "*To err is Human: building a safer health system*" como opinión de la Comisión de Calidad de la Atención en Salud en América, del Instituto de Medicina (Kohn, Corrigan, Donaldson, eds, Washington DC, 2000)²⁶. Esta cuestión afecta a la vivencia y experiencia de enfermedad del paciente en quien recae el efecto adverso (por ej a través de efectos de una medicación) y otras adversidades clínicas, que es preciso conocer con detalle para sanearlos, reducirlos y evitarlos. Aquí entra en juego la declaración profesional de efectos adversos producidos en el ámbito asistencial, donde la narración de los hechos por parte de cada integrante involucrado en el problema, tiene un papel fundamental, dado que puede implicar a uno/a o múltiples profesionales. De aquí la modalidad sistémica reconocida en el sustrato de los eventos adversos y la esencialidad de saberse comunicar, tanto a efectos de evitarlos (por ej. en el traspaso de información), como a efectos de reproducirlos narrativamente de forma fiel a los acontecimientos, y en su caso, pedir disculpas a las personas afectadas.

Puede interpretarse, que el trabajo en equipo más o menos desarrollado en el ámbito asistencial, tiene también un lugar preponderante en dicha estrategia de seguridad del paciente, dado que como se ha apuntado, la procedencia del problema de base de los eventos adversos, es fundamentalmente sistémica. Esto da lugar a un marcado interés por el desarrollo de modelos de trabajo en equipo que sean eficaces, especialmente en aspectos de comunicación, cuestión que ha puesto de relieve esta necesidad poco evolucionada en las pasadas décadas. Todos estos aspectos están actualmente en proceso de desarrollo de estrategias, implementación, y evaluación en los distintos países, con distintos niveles de alcance. De aquí que se explicita por parte de los organismos internacionales pertinentes, la necesidad de una educación transformadora en la formación de profesionales de la salud, en el sentido de comprender la relevancia de la amplitud de estos temas. Por ejemplo desde la OMS, el documento "*Transforming and scaling up health professionals' education and training*", *WHO Education Guidelines, 2013*, se pronuncia claramente en este sentido. Tiene entre otros referentes destacados a la Comisión Lancet, cuya complementariedad informativa puede obtenerse mediante la publicación de Frenk et al. (2010), dedicada a la formación de profesionales de la salud para el siglo 21, en la misma revista Lancet.

En cuanto al desarrollo profesional de enfermería, durante el último tercio del siglo XX, los avances han sido importantes en cuanto a la normalización de los cuidados (a través de su estandarización y la plasmación de esta en normativa legal estatal)²⁷. Previo a este proceso, las enfermeras habían sistematizado el proceso de cuidados, (valoración, planificación, ejecución, y evaluación) según Yura y Walsh (1967), aceptándose a partir de 1967, aunque su evolución a partir de líderes de enfermería de EEUU y Canadá, orienta la necesidad de precisión de datos interpretados resultantes de la valoración, agrupándolos y este proceso dará lugar a lo que se conoce como diagnósticos de enfermería²⁸. Así, queda configurado por cinco fases: valoración,

²⁶ Kohn, Corrigan, Donaldson, eds, Washington DC (2000) . *To err is Human: building a safer health system*". Washington, DC. National Academy Press, 1999.

²⁷ Real Decreto (RD) 1993/2010 de 3 de septiembre, (BOE nº 225, 16.09.2010), por el que se aprueba el Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS. Se propone un sistema de compatibilidad informativa en relación a los datos que afectan a un mismo paciente, con especial énfasis en su generalización asistencial electrónica. Anexo VII especifica el conjunto de datos que deben aparecer en el informe de cuidados de enfermería: (NANDA (diagnósticos), NIC (intervenciones), NOC (resultados)).

²⁸ Diagnóstico de enfermería. Se define como un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a los problemas de salud reales o potenciales o procesos de vida que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería y para alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad (NANDA I, 2010: 4-6)

diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (NANDA I, 2010: 4-6). El enfoque del concepto de salud es biopsicosocial, procurando cuidados de salud integrales y evitando el enfoque biologista de periodos anteriores. Para la estructuración de planes de cuidado, los instrumentos de normalización enfermera: diagnósticos NANDA, intervenciones NIC y los resultados NOC son considerados con el fin de unificar un lenguaje común en la profesión, a la vez que suponen un sistema de registro para ejecutar, determinar y cuantificar el trabajo de enfermería y su calidad asistencial (González Jurado, et al, 2007 : 9 y 46).

El CIE dispone de un sistema internacional propio de clasificación taxonómica enfermera, llamado Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (ICNP®) o en español Proyecto CIPE®, (CIE, 2013). Con antecedentes en 1989, en 1991 el CIE nombra un grupo de enfermeras responsables del proyecto, en el que se involucraron varios países y en el año 2000 establece el CIPE ® como un programa oficial (Cid Henríquez, 2010: 65-73), con intención de prosperar en su versión (Guirao-Goris, Camaño Puig, Cuesta Zambrana, 2001: 55), el CIE sigue estableciendo colaboración con centros que difunden y actualizan esta terminología (CIE, 2015). Una de sus metas es mantener el programa actualizado de forma que refleje las prácticas de enfermería (Cid Henríquez, 2010: 65-73). A su vez, el CIE informa no estar a favor de licencias exclusivas o derechos de autor, sin embargo reconoce la posibilidad de convalidar su propia modalidad con la generada por NANDA y NIC (CIE, 2013). En este sentido, a través del documento titulado "Describir la profesión enfermera: un lenguaje dinámico para la defensa" (CIE, 2007), recomienda la utilización profesional de taxonomías, advirtiendo que estas mediante la precisión y claridad de objetivos y actuaciones, pueden mejorar el reconocimiento y recompensas de las enfermeras. (CIE, 2007: 3-12).

Existen otras propuestas de clasificaciones de cuidados de enfermería como por ejemplo el sistema Omaha, desarrollado por la Asociación de Enfermeras Visitadoras de Omaha (Nebraska, EEUU), la Clasificación de Cuidados de Salud Domiciliaria (proyecto dirigido por Virginia Saba de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Georgetown y también en España se ha hecho alguna propuesta (Guirao-Goris, Camaño Puig, Cuesta Zambrana, 2001: 54-63). El sistema nacional de salud español (SNS), reconoce y auspicia las clasificaciones enfermeras a través del proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE). Finalmente, la normativa estatal, a través del Real Decreto 1993/2010, al regular los datos mínimos a incluir en la historia clínica del paciente, integra los cuidados de enfermería y opta por el referente NANDA, NIC, NOC, como modelo de estandarización de cuidados. Entre los modelos formales que presenta el mencionado Real Decreto, para estructurar la información, el anexo VII corresponde a la aportación de enfermería. Este tipo de registros se han de mantener en cualquier tipo de soporte (papel, digital, etc.) y modalidad: informe de alta, de urgencias, resumidos, etc. En cualquier caso, según se ha comentado en la introducción del presente estudio, lo relevante para la profesión enfermera es la visualización de sus cuidados (y también de su trabajo), que repercute de forma trascendente en el cuidado del paciente, en el cúmulo de conocimiento y evidencias contrastables y de forma particular, en el rendimiento de cuentas de un servicio prestado a la sociedad.

Sin embargo, las taxonomías y estandarizaciones de cuidados no han estado exentas de controversias. Desde su progresiva implementación en España, han aparecido defensores y detractores que engloban diversos tipos de posiciones y argumentan distintos tipos de problemas. Una primera dificultad, es que estos métodos sean interpretados como un fin en sí mismos, más que como una herramienta de trabajo en proceso de validación externa, reconocido por la propia NANDA-I. Otro tipo de cuestiones afectan a su misma concepción, es decir a la modalidad clasificatoria de etiquetado y el potencial riesgo de sesgo de interpretación de los problemas del paciente. A esta perspectiva se agrega el potencial de interpretación causal, propia del método positivista de la ciencia, en lugar de buscar métodos comprensivos propios de las ciencias sociales y humanas. Frente a ello se defiende que el trabajo enfermero es eminentemente práctico, proviene del conocimiento tácito y la reflexión y el saber en la acción. (Medina, 2006: 529-531), (Medina, 2008:54-55). En un estudio realizado en cuidados

intensivos en Madrid, se concluye que existe una distancia en la teoría del lenguaje y su aplicación en la clínica. Las enfermeras, se apunta, que viven los lenguajes estandarizados como una imposición y que se crean distancias entre quienes usan dichos lenguajes o no los usan. Se reconoce, no obstante, la oportunidad de desarrollo profesional que brinda este sistema (Cachón Pérez, Álvarez López, Palacios-Ceña, 2012). Por su parte la presidenta de NANDA-I pública en un artículo la recogida de opiniones de distintas posiciones en torno a definiciones diagnósticas, así como el análisis de sus argumentaciones donde no se excluye el requerimiento de actualización de información (Heatcher, 2008:2-13). En conjunto, el proceso de estandarización de cuidados en España, sigue su evolución y el análisis inherente a su curso de implementación según el acontecer de la sociedad y del momento histórico.

En cuanto a la comunicación y las estandarizaciones de cuidados, una revisión exhaustiva de NANDA, NIC y NOC, evidencia que tales clasificaciones se orientan preferentemente a actuaciones con enfermos, familias y grupos, a los que se debe prestar asistencia para mejorar aspectos de su salud. En las clasificaciones de diagnósticos NANDA, la comunicación aparece en forma de anomalía, especialmente en dos diagnósticos, indicada como: Deterioro de la comunicación verbal (00051) y Disposición para mejorar la comunicación verbal (00157); en ambos casos se incluyen características definitorias y factores relacionados (North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 2011:176-177), por tanto no se ajustaría bien a la finalidad de este estudio con finalidad docente. En el caso de NIC, aparecen las tres intervenciones siguientes: Mejorar la comunicación: *déficit auditivo* (4974); Mejorar la comunicación: *déficit del habla* (4976); Mejorar la comunicación: *déficit visual* (4978); (Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman, 2009:607-609). Las intervenciones, están principalmente diseñadas para la corrección, ayuda, mejora, evitación de agravación, potenciación, soporte, etc. de problemas de salud del paciente, familia o grupo. Aparecen en forma de Intervenciones específicas que presentan un listado de indicadores, por ej en la Intervención apoyo a la familia aparece: 1. escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. 2. Ofrecer una esperanza realista, etc. así hasta 36 indicadores. Acerca de NOC, en cuanto a la comunicación aparece la clasificación de los tres resultados siguientes: Comunicación (0902) con indicadores del tipo: utiliza lenguaje hablado, utiliza lenguaje escrito, etc.; Comunicación expresiva (0903) utiliza el lenguaje hablado vocal, utiliza el lenguaje esofágico, etc. Comunicación receptiva (0904): interpretación del lenguaje escrito, interpretación del lenguaje hablado, etc. (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2009: 222-227). Se han revisado exhaustivamente dichas clasificaciones, especialmente, las intervenciones relacionadas con la comunicación y otras como por ej facilitar el duelo, manejo del dolor, potenciación de la autoestima, etc. y se interpreta que podrían ser de gran utilidad para la formación comunicativa para facilitar el trabajo con estudiantes en su caso (en el sentido de estar definidos sus conceptos e indicadores). No obstante, el conjunto de clasificaciones y especialmente, intervenciones NIC (elaboradas valiosamente con otros fines), no suponen la construcción de la competencia comunicativa incluida en los objetivos de esta investigación, dado que esta cuenta con una estructura formativa específica (conocimientos, habilidades y actitudes) y su expresión en forma de resultados, cuyos propósitos no coinciden con los de las mencionadas clasificaciones.

Finalmente, en relación con dicho proceso de estandarización de cuidados, merece interés específico la aportación de la sociología de las organizaciones, quien atribuye al desarrollo de las profesiones una de las características fundamentales del siglo XX y en particular al aumento de la proporción del sector servicios, especialmente a través de profesiones y semiprofesiones. En conjunto, se estudia la capacidad de los sistemas de conocimiento profesional para la definición de viejos y nuevos problemas, a la vez que se contempla que aportan conocimiento al poder y mediante el proceso de racionalización, facilitan formas de organización y dominación. Al respecto, se reconoce el legado de Weber que elucida entre racionalidad e irracionalidad (Rodríguez Díaz y Guillen, 1992: 9-10) y analiza la burocracia como forma organizativa que se impone históricamente por su eficiencia técnica (Coller, 2003: 193). También Durkheim, había postulado (a través de estudiar aspectos corporativos franceses), que las profesiones ejercerían un papel de cohesión social al amortiguar las relaciones entre el estado y el individuo, promoviendo a la vez una ética social superior.

Para Perrow (1991), la clave esta en el poder discrecional que disfruta el profesional. Sin embargo, para evitar demasiada discreción en el trabajo de los empleados, las organizaciones cuentan con dos alternativas: desarrollar lealtad o profesionalizar, ambas hacen a los empleados mas predecibles en su comportamiento. Las profesiones se adaptan bien a las burocracias, dado que tienen reglas y normas de comportamiento adquiridas. De este modo se puede controlar el resultado de tareas que en principio es discrecional. Mintzberg (1987) apunta que la burocracias profesionales consiguen coordinación a través de la estandarización de destrezas técnicas, que se alcanzan durante el periodo de formación universitaria. En el mismo sentido, se contempla (Derber, ed., 1983), que la irrupción de las nuevas tecnologías contribuye a la pérdida de autonomía (Rodríguez Díaz y Guillen, 1992: 12-14). En conjunto, el desarrollo evolutivo profesional no esta exento de paradojas de poder y contrapoder que merece ser considerado desde el proceso de profesionalización de enfermería.

En relación con la integración de *Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior* (EEES), forma parte de la adhesión general del estado español a la convergencia europea para la educación superior y su normativa se concreta mediante los reales decretos que estructuran y regulan las nuevas enseñanzas universitarias en España: Real Decreto 55/2005 para los estudios universitarios oficiales de Grado y el Real Decreto 56/2005 por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. Posteriormente con el Real Decreto 1393/2007 se establece la ordenación de las mencionadas enseñanzas universitarias oficiales. Con esta normativa, enfermería se integra en el EEES y la titulación que la habilita para la profesión, pasa de diplomatura a grado, facilitándole el acceso a los estudios de master y doctorado y en consecuencia la posibilidad del desarrollo de la carrera profesional a través de estudios superiores en su propia disciplina.

Una propuesta de estos estudios de Grado en Enfermería en España y su correspondiente adaptación al EEES, se realiza en 2004 a partir de un estudio patrocinado por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), que pasa a configurar uno de los Libros Blancos que dicha agencia promovió para las diferentes titulaciones universitarias, con el objetivo de realizar estudios y supuestos prácticos útiles en el diseño de un título de grado adaptado al EEES. Se trata de una propuesta no vinculante, como instrumento de valor para la reflexión que se presentó y fue aprobado ante el Consejo de Coordinación Universitaria del Ministerio de Educación y Ciencia. Se realizó en colaboración y bajo el consenso de los representantes de 41 universidades españolas (82%) al que tras su aprobación se agregaron 6 más, siendo un total de 47 universidades. (ANECA, 2004: 12). Parte de la elaboración de dicho estudio se realizó en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, centro en el que se ubica este estudio exploratorio de caso y cuya directora asumió la coordinación junto con el director de la Escuela de Zaragoza²⁹.

La comunicación toma especial relevancia a partir de principios del siglo XXI, especialmente en la formación universitaria a través del EEES de donde surge la competencia comunicativa como opción de modalidad formativa reglada. Las competencias en enfermería, presentan todavía dilemas de elaboración y de evaluación según reconocimiento en estudios a nivel internacional (Blazun, Kokol, Vosner, 2015: 673-679), (Xi Vivien Wu, Karin Enskar, Cindi Ching Siang Lee, 2015: 347-259) (Garside, Nhemachena, 2013: 541-545) y se agudizan, si cabe en el caso de la competencia comunicativa (por ej. en este sentido, se ha reconocido, especialmente, el caso de las actitudes) (Kliessling, Dietrich, Götz, Hölzer et al., 2010: 259-266). La falta de una estructura formativa de la competencia comunicativa especifica en los estudios de grado de enfermería en la UB, es precisamente, lo que ha motivado esta investigación. Es decir, a nivel teórico se imparte un tema de unas dos horas de duración dentro de contenidos de Psicología General y Evolutiva (actualmente asignatura de Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut), con los correspondientes seminarios y trabajos complementarios (por ej. perdidas y duelo y trabajo de casos, entre otros). Otra cuestión es que a raíz de la implementación del EEES, se trate al máximo de integrar el conjunto de actividades del programa y se haya modificado el enfoque de la enseñanza-aprendizaje a partir

²⁹ Bernués, L. (2004) Director Escuela de Enfermería Universidad de Zaragoza.
Peya, M. (2004). Directora Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona.

de atribuir mayor responsabilidad en el aprendizaje del estudiante y el profesorado adopte una actuación proactiva como diseñador, asesor y coordinador de la materia en tanto que experto. Estos cambios han provocado también un enfoque más interactivo con el alumno (por ej. a través de la evaluación continuada, lo que genera mayor retroalimentación o feedback con el estudiante). Es decir que de forma indirecta, la comunicación está mucho más presente que en épocas anteriores, aunque la construcción académica especial de una competencia comunicativa, con la finalidad específica de que el/la estudiante alcance unos resultados y su evaluación progresiva, esta por crear en el grado de enfermería del centro escogido como caso para el presente estudio exploratorio de caso, y al parecer esa es la situación bastante general.

Dentro de la contextualización del problema de la presente investigación acerca de la *información y comunicación*, es preciso, si cabe, un cierto cambio de cultura, que afecta a esta profesión en la dimensión de sus atribuciones. Dicho cambio, afecta tanto a la formación, como a la actitud y al comportamiento asistencial, en el sentido de incorporar el *hábito* de brindar información verbal a la familia del paciente, con mayor comparecencia, en especial, en los casos graves, como aspecto cualitativo del trabajo de cuidados. A nivel normativo, este aspecto es consecuencia de los requerimientos asistenciales que se derivan de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Es necesaria también la potenciación de una cultura organizacional que integre las buenas prácticas, como forma de reducir la incidencia de riesgos de los eventos adversos, para favorecer la seguridad del paciente, según se ha explicado anteriormente (García Barbero, 2004: 209-220), que pueden llegar a trascender a los tribunales. En relación con la información escrita, es requisito imprescindible el hábito del rigor en generar y mantener registros actualizados de cuidados, como forma de crear y custodiar información en beneficio del paciente, favorecedora de cúmulo de conocimiento y demostrativa del trabajo de enfermería en el sentido de rendimiento de cuentas de la prestación de su servicio a la sociedad. No obstante, es relevante destacar, la importancia de la calidad de la información que se registre, en el sentido de que de no incluir un mínimo de datos normalizados, no se podrían obtener los beneficios indicados. (Cortés-Criado, 2014: 92-98). Al respecto, un estudio realizado en el Co.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, enfatiza que la falta de registros dificulta la visualización de ciertos sectores profesionales, como es el caso del ejercicio libre de la profesión enfermera, cuyo tema aborda el referido estudio. Dicha falta de visualización relacionada con las atribuciones de colegios profesionales, entre otros inconvenientes de conexión intraprofesional y de aspectos administrativos y jurídicos, resulta paradójica a efectos emprendedores y de creación de empresas, que simultáneamente pueden prestar servicios necesarios para la sociedad, como por ej. en complementariedad a la falta de cobertura de la Ley de Dependencia. (Domínguez Alcón y Ramió Jofre, 2010: 67-80), aparte de la necesidad actual de fomentar la ocupación y la potenciación de jóvenes emprendedores.

Desde la percepción enfermera, otro estudio realizado desde el Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, referido a factores que influyen para la dotación de puestos de trabajo de enfermeras en hospitales, indica, entre otras, las siguientes preferencias: a) mandos facilitadores del trabajo de los profesionales, participativos, consultivos y democráticos; b) dar soporte a la autonomía de la enfermera; c) *canales de comunicación transversales y verticales que aseguren la transmisión de información*; d) *espacios que favorezcan la comunicación interprofesional*; e) facilitar el trabajo en equipo; f) reconocimiento retributivo; g) plan de acogida y tutorías para los nuevos graduados; h) soporte emocional; i) mayor integración de las escuelas de enfermería en los hospitales (Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2006: 99-103).

Otros retos *pendientes*, apuntados como problemática general que afecta a enfermería en la actualidad, son los siguientes: a) *Reconocimiento de la eficacia del cuidado de enfermería y eficiencia en costos*, b) *Prescripción enfermera*, c) *Escasez de enfermeras*, d) *Relevancia generacional de profesorado de enfermería*, e) *Autonomía profesional*. Los argumentos en favor de esta selección son los siguientes: a) *Reconocimiento de la eficacia del cuidado de enfermería y eficiencia en costos*, b) *Prescripción enfermera*. Se relaciona con cuestiones de eficacia y eficiencia y aprovechamiento de recursos. Es decir, en la medida que los estudios y la información disponible, permitan demostrar la adecuación cualitativa a los cuidados de salud y rentabilidad del trabajo de la enfermera, carecería de sentido infrutilizar esta fuerza de trabajo

en una época de crisis y escasez de recursos en general y en el ámbito asistencial en salud en particular. *c) Escasez de enfermeras, d) Relevó generacional de profesorado de enfermería.* Aunque afecta a los dos aspectos anunciados, la documentación es más abundante en el caso de la escasez de enfermeras para el ámbito asistencial y muy escaso para las escuelas de enfermería. En cuanto al ámbito asistencial, se trata, en general, de aspectos que atañen a las condiciones laborales (consecuencias de turnos difíciles, contratos precarios, bajos salarios, etc.) de las enfermeras y a la falta de mejoras en las condiciones de trabajo que repercuten en el abandono de la profesión. Se trata de una fuerza laboral imprescindible para el cuidado de una población con prolongado envejecimiento, que deriva en patología crónica compleja y cuyos cuidados de salud son progresivamente más necesarios. Este ha sido uno de los motivos por los cuales en 2010, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) genera un informe con recomendaciones para encauzar el futuro de las enfermeras en ese país. A partir de dicho documento, se seleccionan nueve países para trabajar con el ámbito académico y los empleadores para adoptar medidas hacia el cambio recomendado. Un ejemplo de ellos, puede ser el estado de California que ha organizado una Coalición de Acción para California que integra 700 enfermeras y otros líderes de salud que están trabajando para la implementación de dichas recomendaciones³⁰. En cuanto a las Escuelas de Enfermería, se trata de un problema que empieza a vislumbrarse en nuestro entorno, especialmente por la jubilación progresiva de profesorado y la falta de margen para obtener plazas y preparar sus repuestos mediante profesorado novel. Finalmente, en relación con e) *Autonomía*, en la medida que la enfermera cualificada pueda dar respuesta a la creciente dedicación de cuidados complejos encomendada por la sociedad, y una vez se estudie y pruebe suficientemente su eficacia y eficiencia en las prestaciones de cuidar, surge como necesidad imprescindible organizar su trabajo en sincronía con el resto de miembros del equipo interprofesional de salud y acorde con los aspectos que se desarrollan en el apartado siguiente.

En cuanto al *reconocimiento de la eficacia del cuidado de enfermería y eficiencia en costos*, aludida con anterioridad, en base a Ortún (2013) se ha apuntado que una preocupación importante de los servicios sanitarios gira alrededor de mejorar la calidad de los servicios al menor coste, lo que implicara una notable redistribución de tareas (Dominguez Alcón, 2014). En esta línea, el CIE en el día Internacional de la Enfermera (2015), presenta el documento "Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos" (CIE, 2015-a: 1-50), donde aporta evidencias cuantificadas sobre la reducción de costos económicos y resultados de salud y calidad para los pacientes, que enfermería puede reportar para una sistema de salud, al considerarlas los profesionales más cercanos a las personas en los distintos ámbitos asistenciales de la sociedad. En base a información de la OCDE (2013), refiere aumentos del costo de la asistencia sanitaria y creciente carga de enfermedades no transmisibles (ENT), como los trastornos de salud mental, el envejecimiento de las sociedades (cuidados de larga duración, prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad), las innovaciones en tratamientos y las crecientes necesidades de los clientes. Agrega también la relevancia que en estos costes atribuye la OMS (2010) a enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas indicando que el costo en la atención de la salud seguirá incrementándose. El deterioro de los servicios de salud y en la provisión de recursos humanos de enfermería lo atribuye según Liese y Dussault (2004) como consecuencia de programas de ajuste estructural (PAE) del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), que se basaban en la reducción del gasto público, la privatización de empresas públicas, la eliminación de subsidios, la liberalización de la economía y la devaluación de la divisa nacional. A estos problemas se agregan los similares derivados de la crisis mundial de inicio en 2008. En conjunto el documento aporta múltiples estudios internacionales que demuestran la reducción del costo y el mantenimiento o aumento de la eficacia en cuidados de salud, a partir de la intervención enfermera en programas específicos, en particular en la atención domiciliaria.

³⁰ Instituto de Medicina de EEUU (IOM) y Fundación Robert Wood Johnson (RWJF), 2010: El futuro de la Enfermería: liderando el cambio. Promoción de la salud. Obtenido de Internet 25.9.15: <http://www.rm.ca.gov/careers/iom.shtml>

Promueve muy especialmente la visibilidad enfermera a través de su participación en políticas de salud. (CIE, 2015-a: 1-50). Al respecto, un fragmento ilustrativo puede ser el derivado de una reunión entre el CIE y el banco mundial: “*Observamos que las enfermeras se utilizan por debajo de su nivel óptimo en los entornos de prestación de cuidados, gestión y formulación de políticas y no están desplegadas en todas sus posibilidades en numerosos entornos que se beneficiarían de planteamientos integrales de equipo*” (CIE/Banco Mundial 2014). (CIE, 2015: 31).

Acerca de la *prescripción enfermera*. El Consejo General de Enfermería ha realizado estudios (también en Cataluña, según se indica más adelante) y contrastes internacionales al respecto de la prescripción enfermera, participa en el desarrollo normativo junto con sindicatos y el MSSSI y realiza un seguimiento del proceso. El resumen de la situación es que los trámites están en un estado avanzado de su evolución administrativa, aunque no finalizados. En marzo de 2015, el Consejo Interterritorial del SNS aprueba la futura regulación de la prescripción enfermera, junto con la celebración próxima de una gran Conferencia Enfermera donde se establecerán bases del futuro desarrollo de esta profesión (CGE, 2015). En cuanto a la legislación, La Ley 28/2009 de 30 de diciembre (BOE núm. 315: 112036 y ss.) modifica la Ley 29/2006 de julio de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (conocida como Ley del medicamento), en el sentido que amplía a otros profesionales como los de enfermería y podología su participación en la prescripción de productos sanitarios no sujetos a prescripción médica. En cuanto a determinados medicamentos sujetos a prescripción médica, refiere que el gobierno regulará su indicación en base a la aplicación de protocolos guías de práctica clínica acordados con organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm. 315: 112036-37). Desde la profesión enfermera, un estudio transversal realizado sobre 10 Áreas Básicas de Salud que componen el Servicio de Atención Primaria (SAP) Gerona Norte, apunta que la medicación mas prescrita en la asistencia primaria en relación con el trabajo de enfermería es: vacunas (63,1%), antisépticos tópicos (60,7%) y antipiréticos (44,8%). Por grupos suponen productos para el control de la diabetes (51,8%), apósitos para el cuidado de las heridas (44,2%) y productos para la incontinencia urinaria (26,7%). (Dalfó-Pibernat, 2015: 100). Desde la experiencia del Servicio Andaluz de Salud³¹, una publicación sitúa la prescripción independiente enfermera en un 61% del total de productos prescritos, llegando al 80% en algunas áreas de AP. En el hospital puede situarse en torno al 37% pudiendo llegar al 57% en algunos centros. (Rodríguez Gómez, de la Fuente, Casado, Ayuso, 2015: 108). En cuanto a la percepción profesional sobre la legalización de la prescripción enfermera, se confirma que en el caso de enfermeras con formación de master hay satisfacción (Cabrera-Jaime, Estrada-Masllorens, Fernández-Ortega, (2011:84) y se considera que va a favor de la autonomía y el desarrollo profesional (Dalfó-Pibernat, 2015: 100). Finalmente, en septiembre de 2015, bajo el impulso del Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (en coordinación con otras organizaciones colegiales de enfermería de la zona mediterránea en España), la Generalitat de Catalunya inicia un despliegue en régimen de indicación para el uso y dispensación de medicamentos y productos sanitarios por parte de enfermería. Refiere el acuerdo de propiciar un modelo de atención sanitaria integral que facilite la cooperación multidisciplinaria, la integración de procesos y evite el fraccionamiento y superposición de procesos asistenciales atendidos por diferentes titulados y especialistas, acorde con el Plan de Salud 2011-2015³².

En relación con la *escasez de enfermeras*. Otra especial preocupación del CIE en los últimos años es la escasez de enfermeras en el mundo. Con estos fines, documenta motivos de insatisfacción en el trabajo de las enfermeras, entre los que destaca: los entornos no saludables con estrés y conflictos, pesadas cargas de horas de trabajo, rotación de personal e ineficiencia.

³¹ En Andalucía el Decreto 307/2009 de 21 de julio (BOJA num. 151. Pág. 11, 5 de agosto de 2009) define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público de Andalucía

³² Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2015): Consultado 24.9.15. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsaww/287776/ca/govern-impulsa-els-professionals-dinfermeria-puguin-prescriure-medicaments.do

(Bauman, CIE: 2007). Destaca que en el caso del Reino Unido, un tercio de enfermeras recién tituladas no se colegian, por la percepción negativa que tienen del trabajo, y esas tituladas acaban por apartarse de la profesión. Refiere también, que un estudio sobre Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escocia y Alemania demostró que el 41% de las enfermeras de los hospitales estaban insatisfechas con sus puestos de trabajo y que el 22% preveía dejarlos en menos de un año. Las conclusiones alegaban estrés, temas morales, relacionados con la satisfacción en el trabajo, el compromiso y en suma, la intención de abandonar el puesto de trabajo. Aparte, también se hace especial mención de la precaria modalidad contractual entre empleador y empleado (Baumann, 2007: 2-3). Algunas intervenciones que abordaran esta problemática podrían favorecer no solo la satisfacción en el trabajo, sino la reducción del absentismo laboral, según un estudio de revisión internacional referido a hospitales y realizado en nuestro país (Blanca-Gutiérrez, Jiménez-Díaz, Escalera-Franco, 2013: 540). Por su parte, la OMS muestra también preocupación por la crisis mundial de personal sanitario, cifrando en un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo, que reviste la máxima gravedad en los países más pobres (OMS, 2006: 15).

Sobre el *relevo generacional de profesorado de enfermería*. En Estados Unidos, este problema ha sido estudiado por la National League for Nursing y la Fundación Carnegie (Nurse educator shortage fact sheet, 2010), donde se hace un seguimiento desde 2005 hasta 2008 y se llega a reclutar una muestra de cerca de 32.000 profesores de enfermería. En este intervalo se contrastaron cifras y se constató que había más de 1900 puestos vacantes a tiempo completo en 2007 afectando a un 36% de todas las escuelas de enfermería. El 84% de escuelas de enfermería intentó contratar nuevos profesores durante 2007-2008. De ellos el 79 % encontró la contratación "difícil" o "muy difícil". La gravedad del problema comporta que las escuelas de enfermería no pueden atender todas las demandas de estudiantes por falta de profesorado³³, problema que se retroalimenta con la falta de enfermeras asistenciales planteado por IOM, 2010 y la OMS y el CIE en 2015. NLN, (2010), Fitzpatrick (2014:359). Al respecto se agrega la *migración de profesorado* en enfermería en todo el mundo, el CIE realizó una cumbre de expertos en Ginebra, apuntando los salarios y las oportunidades de carrera profesional como detonantes principales del fenómeno. Una encuesta realizada por la Asociación Estadounidense de Colegios de Enfermería respondió, que las dos terceras partes de las escuelas, señalaron la escasez de profesores como causa por la que no se aceptaban más solicitantes. Asociaciones de enfermeras de Canadá y Estados Unidos están estudiando el problema, aunque apuntan que hay poca investigación para evaluar qué puede hacerse con estas tendencias, que según sugiere la OCDE ira en aumento, para trabajadores capacitados en salud y educación entre otras profesiones (CIE, 2010). En España el problema del relevo generacional de profesorado de enfermería se está planteando recientemente con escasos estudios publicados que lo aborden. El conflicto se presenta a partir de las múltiples jubilaciones que se producen, y la falta de posibilidades, recursos y factores de distinta índole para cubrir plazas con profesorado novel preparado para los fines académicos y docentes.

Finalmente, en cuanto a la *autonomía profesional*, la enfermería española, aun siendo reconocida por la legislación vigente como profesión, no llega a obtener de una manera plena todas las características que se vinculan a las profesiones. El concepto de autonomía profesional refiere que se entiende como profesión "una ocupación que obtiene una posición predominante en la división del trabajo, de tal modo que logra el control sobre la determinación de la esencia de su propio trabajo", la autonomía unida al control de la práctica de los cuidados y de la propia profesión, son dos de las características a las que la enfermería española contemporánea aspira desde hace décadas (Domínguez-Alcón, 1983: 53) y va progresando hacia la consecución³⁴. Aunque la situación es desigual en el territorio español, en cuanto a ese

³³ ABC News (2014) informó que la escasez nacional de enfermeras es alimentada por la falta de profesorado y 80.000 solicitantes son rechazados anualmente de las escuelas de enfermería por esta causa. Junto con este pronunciamiento menciona que "la población del baby boom está creciendo en su consumo de atención de la salud" que agrava la urgencia de la situación (Fitzpatrick, 2014: 359).

³⁴ Al respecto Amezcua (2015), refiere el dominio sobre las enfermeras ejercido desde el siglo XIX, como una aspiración constante por parte de los sectores hegemónicos en las políticas institucionales de salud.

avance y en relación a situaciones de liderazgo y poder, el progreso hacia el cambio es claro, según se constata en últimos trabajos de Domínguez Alcon (2016, en preparación). Finalmente, desde la sociología de las profesiones, Abbott (*The System of Professions*) se apunta que la profesión requiere la comprensión de su contexto, o sea el contenido de la actividad profesional y las relaciones interprofesionales. Este contexto, favorece el poder de los sistemas de conocimiento profesional y su capacidad para definir problemas, a la vez que la búsqueda de articulación política para la ampliación de jurisdicciones y mantenimiento de cuotas de poder y prestigio. (Rodríguez Díaz y Guillen, 1992: 12-14). Así, para Abbot (1968), el cambio profesional se verifica a través de luchas interprofesionales y requiere el estudio de las organizaciones asociativas profesionales, mientras que Freidson (1986) recalca el papel del conocimiento experto de las rutinas profesionales. (Rodríguez Díaz y Guillen, 1992: 15-16). Las características descritas pueden contrastarse con aspectos del desarrollo de la profesionalización enfermera.

2.2. La comunicación enfermera-paciente en la práctica asistencial

Este apartado se centra en los *antecedentes y evolución de la comunicación enfermera-paciente* en la práctica asistencial durante los últimos veinticinco años. Para ello se realiza un recorrido de orígenes históricos y de las principales corrientes teóricas documentadas, generadoras de los desajustes que se identifican en la actualidad (rasgos de primeras civilizaciones, modelo religioso, modelo técnico, modelo humanista; del paternalismo al modelo deliberativo). Posteriormente se aportan evidencias de la comunicación asistencial enfermera-paciente y estudiante, en base a estudios localizados y seleccionados durante dos periodos. Un primer periodo supone los años 1990-2009 y un segundo periodo 2000-2015. Finalmente se aporta un resumen y contraste de las principales características analizadas en ambos periodos, que permiten una interpretación de la situación actual sobre el tema.

El proceso de comunicación enfermera-paciente en la práctica asistencial en salud en España, guarda similitudes con otros países occidentales de Europa y EEUU, aunque no necesariamente simultaneidad en el tiempo, ya que está condicionada por el momento histórico que ha atravesado y atraviesa nuestro país. Así, está relacionada con la evolución de la sociedad, el estado del conocimiento, los estudios y el concepto de formación en enfermería y el reconocimiento de los derechos de la mujer como persona y como profesional³⁵, al tratarse de una profesión ejercida mayoritariamente por mujeres. A su vez, durante los últimos años, a la par que el desarrollo de mejoras democráticas en nuestro entorno, estas vinculaciones, vienen comportando un cierto reconocimiento del rol profesional autónomo de la enfermera (manteniendo el rol delegado e interdependiente según procede por la naturaleza del tipo de trabajo) y una relativa emancipación del trabajo médico. En este sentido, cabe contemplar el peso de la figura médica como perteneciente a una profesión tradicionalmente con poder y privilegios (Rodríguez Díaz y Guillen, 1992: 9-18), que ha subordinado a la enfermera como profesional. Así, este entramado de rol autónomo de la enfermera, junto con actuaciones interdependientes y otras delegadas por el médico, compone el escenario en el que la enfermera desarrolla su quehacer aunque según etapas precedentes de nuestra historia, además de estar supeditada como ayudante a las órdenes del médico, ha sido instruida con valores religiosos y de estricta obediencia, aspectos que han delimitado e impregnado la práctica relacional de los cuidados. Desde finales de los años 70, ha podido avanzar en sus estudios y en configurar y mejorar la funcionalidad de su espacio profesional. Lo que aquí se

Simultáneamente, apunta, ha persistido la vocación enfermera que ha favorecido la construcción de una disciplina plenamente universitaria.

³⁵ Acerca de la profesión de Enfermería, en alusión a Derrida (1998), se ha apuntado que el proceso de construcción de su historia radica en la "deconstrucción de los clichés que la obturan" para generar la "mudanza desde las coordenadas domésticas... a los límites de la ciencia y profesionalidad" (Siles, 2004).

destaca es que el conjunto de estos factores, tiene que ver con las posibilidades reales del tipo de comunicación que la enfermera ha podido desarrollar con el paciente en el ámbito asistencial en salud en nuestro país³⁶. En consecuencia, con los cambios habidos en nuestro entorno y con el balance de unas décadas de evolución favorable de esta profesión, se hace necesario revisar los antecedentes sobre este tema y reflexionar sobre la mejor dirección a tomar en respuesta a las nuevas demandas en salud de nuestra sociedad.

En cuanto a la comunicación asistencial y la corriente teórica generadora de desajustes con impacto en la nueva orientación, se revisan antecedentes de distintas tendencias según momentos históricos. Cabe tener presente que desde los antecedentes más remotos, las personas se han preocupado de preservar su vida y continuidad, para lo cual han procurado dar cobertura a sus necesidades (alimentación, protección de intemperies, etc.) y al cuidado de sus enfermedades (Valls, 2007: 13-14). En este sentido, los cuidados han sido definidos por Collière (1993), como "una serie de actos que tienen como objetivo el mantenimiento de la vida de los seres vivos para permitir su reproducción y la perpetuación de la vida de grupo". En estas consideraciones, la comunicación es considerada una condición *sine qua non* de la vida humana y el orden social (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987: 17), por lo que puede entenderse como indisoluble de los cuidados en cualquier ámbito, incluidas las relaciones asistenciales en salud.

Unos rasgos sobre *sus antecedentes*, refieren la comunicación en relación con los cuidados de salud en distintas etapas históricas y pueden ser los siguientes: *primeras civilizaciones*, en las culturas primitivas, las enfermedades, sus causas y tratamientos estuvieron vinculados al control de los hechiceros y los sacerdotes como representantes de la magia y la religión (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-35). La comunicación en salud, se realizaba a través de la transmisión oral de los mitos y difusión de normas de higiene, alimentación, trabajo y descanso que constituían las necesidades esenciales en la antigüedad (Siles, 2011: 157). En suma, las primeras civilizaciones del Mediterráneo oriental, de las que deriva el mundo occidental moderno, mostraban interdependencia entre religión, gobierno, bienestar social y salud, donde las *creencias y mitos religiosos, constituían la base de los cuidados*. Con la llegada del mundo clásico, el pensamiento mágico da paso al pensamiento racional, aunque los cuidados practicados, permanecieron en el ámbito doméstico, al margen de dicho movimiento intelectual (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-35). En la Edad Media³⁷, el *modelo religioso* impregna todos los ámbitos de la vida, afecta también a la enfermedad y a cómo esta es vivida por el enfermo y su entorno. Así, se elaboraron escritos por y para enfermeras y enfermeros y en ellos se señalan sus funciones, así como otras actuaciones dependientes del médico. Esta línea, sigue la prestación de cuidados, en mayor o menor medida, hasta bien entrado el siglo XIX. Por tanto, el papel de los que cuidan, esta basado en valores religiosos con vocación de servir (Domínguez-Alcon, Rodríguez, de Miguel 1983: 90-118), (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-35)³⁸. El modelo religioso de

³⁶ Hernández Martín (2008), indica que la moda sobre profesionalismo y ética de las profesiones desde hace algunas décadas, se ha nombrado como "moralidad interna". Refiere que la finalidad interna de los roles sociales viene definida por su propia actividad. Dicha moralidad, define el modo como deberían comportarse los profesionales, sin embargo, según la autora, esta adecuación es siempre difícil ya que la historia se ha escrito desde el "deber ser".

³⁷ En la Edad Media se crearon las universidades (siglo VI d C) y especialmente se difundieron en Europa a partir del siglo IX (Escuela Medica de Salerno). En el año 1088 se crea la universidad de Bolonia. Sobre comunicación, los primeros libros de etimología (herramienta empleada para sistematizar todo tipo de saberes) integran el *trivium* (gramática, retórica y dialéctica) y el *cuadrivium* (música, matemáticas, geometría y astronomía), las siete artes liberales que constituían el saber de las universidades medievales, a diferencia de otros estudios especializados en trabajos de tipo manual (Siles, 2011:283).

³⁸ A partir del siglo V, la Iglesia permite la existencia de monjas para algunos grupos de mujeres que organizan su convivencia comunitaria en un convento, consagrándose a Dios mediante sus votos de obediencia, caridad y pobreza. En la obra de una de ellas (Hildegarda de Bingen, siglos XI-XII), se encuentra la visión integradora de la salud o concepto de holismo (Siles, 2011: 270) enfoque recuperado por la enfermería de la segunda mitad del siglo XX.

cuidados en nuestro país, ha persistido hasta principios del siglo XXI y las actitudes profesionales que se derivan de él, se consideran maternalistas o paternalistas (transmisión de convicciones propias al paciente, entendidas como buenas; consejos sobre lo que está bien y lo que se debe o no se debe hacer, etc.). En general, presenta poca tolerancia con las opiniones del paciente, a veces inexistentes, salvo aspectos de coincidencia de credo. Con estas actuaciones se obtiene la infantilización y dependencia del paciente, donde es el profesional y no el paciente el protagonista. A mediados del siglo XIX, la creación de la primera escuela de enfermería en Londres por Nightingale, (quien después de formarse en Alemania por diaconisas lleva sus enseñanzas a Inglaterra), da lugar a la educación de enfermeras para las vertientes asistenciales domiciliarias, salubristas y docentes, lo que supuso un referente sin precedentes para el resto de escuelas de enfermería que se fueron creando. En la misma época, los grandes descubrimientos repercutieron en la medicina, favoreciendo un enfoque cada vez más analítico y especializado acerca del cuerpo y sus alteraciones, reduciendo al enfermo a su enfermedad, es decir, separándose la visión entre cuerpo y espíritu. En este proceso, el hospital se convierte en el centro de investigación clínica por excelencia y la medicina, necesitada de una ayuda eficaz, contribuyó a la tecnificación y profesionalización de la enfermería en dicho enclave hospitalario. De esta forma la enfermería se estructuró alrededor del acto médico de diagnosticar y curar la enfermedad (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-38).

En el *modelo técnico* enfermería es dirigida por una corriente médica y cada vez más laica, aunque sigue asociada al modelo religioso, quedando marcada por esta doble dependencia (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-38). Entre sus precedentes terminológicos figuran un conjunto de ocupaciones como las siguientes: *practicante* (facilita curas y medicinas bajo orden facultativa), *sangrador* (integrado después en odontología), *ministrante* (anexo a sangrador), *enfermera*, *partera-matrona-comadrona* y *ATS*. De especial relevancia resulta el caso de los practicantes, cuya carga ideológica va incidir fuertemente en la vertiente más tecnicista de la enfermería española (Siles, 2011:383). Así, la formación a lo largo del siglo XX se va orientando hacia un hipertecnicismo, que genera el abandono del desarrollo de otros campos de interés para esta profesión. Con la adopción de este, *el profesional se presenta ante el paciente frío y distante*, ya que no se detiene en contemplarlo en todo su significado, como persona. Los cuidados, centrados en la enfermedad y con actividades ordenadas alrededor de tareas, darán lugar a una comunicación cada vez más impersonal, mermándose las relaciones humanas (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza, 2000: 34-38). El afianzamiento de este modelo en nuestro país, fue facilitado por los estudios de ATS en la década de los 50 por una demanda progresiva de enfermeras surgida de la reorganización del sistema hospitalario. Supuso favorablemente la unificación de la titulación de practicantes, enfermeras y matronas, así como la mejora del nivel de estudios por la vinculación con las Facultades de Medicina, que junto con la destreza técnica requerida, implicó la reducción del carácter meramente vocacional vinculado con esta profesión. Como aspectos desfavorables, se han destacado unas siglas difíciles de relacionar con la profesión enfermera, la constatación del rol de ayudante (del médico) expresada en la titulación y la orientación medicalizada de unos estudios dirigidos por médicos en las escuelas, salvo puestos de menor relevancia que podían ostentar enfermeras (como por ej. monitoras de prácticas o Secretaria de Estudios).

Frente a la anterior corriente tecnicista, el *modelo humanista* en evolución con las ciencias en general y las ciencias sociales en particular, favorece la motivación por comprender el comportamiento humano y de aquí se deriva el interés por el individuo y el desarrollo de dicha corriente humanista (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza 2000: 38-39). Entre los máximos promotores y exponentes de la fundación de la psicología humanista en 1961, destacan Abraham Maslow (1908-1970) y Carl Rogers (1902-1987), aunque en realidad participan un amplio grupo de psicólogos vinculados por reuniones profesionales en EEUU. En el caso de Rogers en 1951 publica *Client-centered therapy* y sienta las bases de la terapia centrada en el cliente, relacionada con ella se le atribuye también ser el padre de la relación de ayuda. En cuanto a Maslow publica en 1954 *Motivation and personality* (Villegas Besora, 1986: 16) y son de gran relevancia sus trabajos sobre la personalidad creativa. En el caso de enfermería, las teorías de ambos autores han tenido resonancia, tanto el referente de la relación de ayuda, como el enfoque de necesidades humanas de Maslow, (Fisiología, Seguridad, Afiliación, Reconocimiento y Autorrealización), cuya pirámide orienta su consecución jerárquica

desde necesidades primarias hacia las secundarias en favor del bienestar y potencial humano. A la vez, los cuidados adquieren significado en relación con la realidad del enfermo y su forma de vivir la enfermedad (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza 2000: 38-39).

Este conjunto de planteamientos dieron lugar a una serie de aportaciones y modelos teóricos de enfermería que configuran seis escuelas: de las Necesidades, de la Interacción, de los Efectos deseados, de la Promoción de la Salud, del ser humano unitario y del Caring. Según sus bases filosóficas se agrupan en dos grandes enfoques: 1) Orientadas hacia la persona y 2) Caracterizadas por una apertura hacia el mundo (Kérouac, Pepin, Ducharme et al 1996: 25-57). Autoras como Fawcet (1984) y Flaskerud y Halloran (1980) examinaron en conjunto, aportaciones de diversas escuelas teóricas y reconocieron que los conceptos *cuidado, persona, salud y entorno*, están presentes de forma explícita o implícita en las diferentes teorías de enfermería (Kérouac, Pepin, Ducharme et al 1996: 2-18). Para el interés de este estudio, interesa destacar que desde el Modelo Técnico y a través del Modelo Humanista de cuidados, progresa un sustrato teórico relacional para favorecer un encauce profesional y no puramente compasivo o técnico. Así surgen un conjunto de aportaciones que darán lugar a la Escuela de la Interacción. Dicha escuela agrupa una serie de teorías y filosofías que ensalzan el lugar de la relación enfermera-paciente en las prácticas de cuidado. Su máxima representante es H.E. Peplau y también de gran resonancia ha sido el caso de I. King, de las que se aportan las referencias siguientes.

H.E. Peplau³⁹. Su libro *Interpersonal Relations in Nursing* fue escrito en los años 1952, 1957, 1962 para ayudar a la enfermeras y estudiantes, contemplando particularmente la enfermería psiquiátrica. Su publicación alcanzó resonancia importante en diversas obras de los años 50 y 60. Escribió un marco conceptual acerca de las relaciones interpersonales o Modelo de Enfermería Psicodinámica. Estuvo influenciada por teorías psicobiológicas y psicoanalíticas y recogió aspectos de autores como Fromm, Freud, Sullivan, Symonds, Maslow y Miller. La autora estableció la relación enfermera-paciente en cuatro fases: Orientación (el individuo busca asistencia profesional); Identificación (el paciente se identifica con quienes pueden ayudarle, entre los que está la enfermera que le facilita la exploración de sentimientos y fortalece su personalidad para llevar la enfermedad); Aprovechamiento (el paciente intenta obtener el mayor beneficio asistencial para el alcance de sus metas a través de la relación con la enfermera); Separación (supone la fase de resolución en la que las metas alcanzadas quedan atrás y pueden adoptarse otras nuevas). Estas cuatro etapas pueden superponerse a lo largo de la relación. En el desarrollo de su obra, Peplau estableció las siguientes funciones en la enfermera: Desconocida; Persona recurso; Enseñante; Liderazgo; de Sustituta, Consejera. Todas ellas tienen que ver con el inicio y progresión de la relación interpersonal en relación con el paciente. En cuanto a las experiencias psicobiológicas la autora se refiere a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau estas experiencias proporcionan energía que se transforma en algún tipo de acción (Marriner, 1989: 157-164), en favor de la salud del paciente.

Imogene King (1923-2007), es otra enfermera teorizadora relevante de la escuela de la interacción. Se destaca al plantear una estructura conceptual para enfermería donde el ser humano es un sistema abierto (sistema personal) que interacciona con grupos (sistemas interpersonales) y con la sociedad (sistemas sociales). La meta de enfermería es ayudar a los individuos y a los grupos a lograr, preservar y restaurar su salud en interacción con dichos sistemas, con los que a través de las relaciones interpersonales realizan transacciones que conducen al logro de metas (Marriner, 1989: 206). Si esto no es posible, las enfermeras deben ayudar al menos a morir con dignidad (King, 1984: 22-25).

Las aportaciones de las teorías de enfermería en las últimas décadas del siglo XX, favorecieron un nuevo empuje a la profesión, paralelo al ingreso de estos estudios en la universidad. En conjunto, en los años 60 y 70, el mayor aperturismo de nuestro país, unido a las influencias que traían profesionales que venían de fuera, favorece un movimiento en el que la enfermería empieza a buscar su identidad profesional. Así surge una plataforma reivindicativa, especialmente en Cataluña y Madrid, a través de la cual se apunta que los

³⁹ Hildegard Elizabeth Peplau (1909-1999). Es el máximo exponente de la Escuela de la Interacción. En 1995 fue incluida en una lista de cincuenta grandes personalidades norteamericanas.

cambios deseados solo podían obtenerse en referencia a un ámbito científico, por lo que se encauza la integración de estos estudios en la universidad. En 1977 se obtiene respuesta favorable a dicha aspiración, momento de la transición política española, que se consolida con la evolución socio-política de la democracia, mediante la transformación de una sociedad que atribuye nuevas formas de satisfacer sus demandas en salud. Con los estudios universitarios, empieza a tomar fuerza el concepto integral de la persona, la preocupación por las relaciones humanas, la importancia de crear un cuerpo de conocimientos y utilización de una metodología propia. A la vez, la influencia de la llamada Declaración de Alma Ata de la OMS en 1978 sobre Asistencia Primaria, trascendía con su impulso por el fomento y la promoción de la salud (Tazón, García Campayo, Aseguinolaza 2000: 34-40).

En cuanto a los *modelos teóricos de comunicación asistencial*, se han orientado desde el *paternalismo* hacia el *modelo deliberativo*. Al respecto, los autores Emanuel y Emanuel (2010 a y b)⁴⁰ proponen cuatro modelos de análisis de la relación médico-paciente: el modelo paternalista, el modelo informativo, el modelo interpretativo y el modelo deliberativo, aplicables, según refieren a otras interacciones profesionales, como puede ser el caso de enfermería.

El modelo *paternalista*, se identifica con el modelo sacerdotal. El médico discierne con escasa participación del paciente lo que es mejor para este. Se asume que el paciente estará agradecido por tales decisiones. La concepción de la autonomía del paciente está en asentir lo que el médico ha determinado que es mejor. El modelo *informativo* (llamado también científico o de consumidor) se caracteriza porque una vez brindada por parte del médico al paciente, toda la información relevante sobre la enfermedad (posibilidades de tratamiento y riesgos), no hay lugar para los valores del médico, ni tampoco por parte de este para la comprensión de los valores del paciente. La concepción de autonomía es el control que tiene el enfermo sobre el proceso de toma de decisiones médicas. En el modelo *interpretativo*, el médico asiste al enfermo en la elucidación de sus valores sin juzgarle y en la determinación de las intervenciones médicas más coherentes con los valores especificados. La concepción de autonomía forma parte de un proceso de autoconocimiento del paciente, quien a través del proceso conoce mejor quien es y las opciones que mejor se ajustan a su identidad. En el modelo *deliberativo* el médico discute solo valores relacionados con la salud, enfermedad y tratamiento. El enfermo define su vida y selecciona el orden de valores que hace falta adoptar. El médico orienta al enfermo en qué decisión sería la preferible respecto a sus posibilidades terapéuticas y actúa como maestro o amigo. La concepción de autonomía del paciente es el autodesarrollo moral; el paciente es quien asume el poder y a través del diálogo considera los valores de las opciones alternativas (Emanuel y Emanuel, 2010a: 133-36).

Las principales *objeciones a estos modelos*, podrían ser: en cuanto al modelo *paternalista*, se ha dicho que salvo en emergencias médicas no puede obtenerse el consentimiento informado y por tanto, este modelo no puede sostenerse. En el modelo *informativo* se cuestiona que no integra de forma esencial la introspección y la deliberación en la interacción informativa. En cuanto al modelo *interpretativo* se apunta que con un talento interpretativo limitado y tiempo limitado (la especialización técnica va en contra de que los médicos cultiven las habilidades necesarias para un modelo interpretativo) es fácil que el médico inconscientemente imponga sus valores y el paciente aceptarlos (paternalismo). En cuanto a las objeciones del modelo *deliberativo*, se ha criticado que los enfermos van al médico para recibir atención sanitaria, no para revisar sus valores, de forma que puede caerse también en el paternalismo. Los autores se pronuncian a favor del modelo deliberativo, dado que es el que mejor personifica el modelo de autonomía concebido en la actualidad. En este modelo, los pacientes tienen la opción de reflexionar y evaluar críticamente sus valores y preferencias e iniciar las acciones de acuerdo con los mismos. La discusión del médico no invoca valores que no están relacionados con el proceso de enfermedad y potenciales terapias. Por otro lado, los valores del médico son importantes para el paciente y justifican su elección del médico, a

⁴⁰ Desde la medicina los modelos teóricos de la relación clínica fueron publicados por la revista JAMA en los años 90 (Emanuel y Emanuel, 1992) y casi dos décadas después, los ha reeditado en catalán la Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears: Emanuel E y Emanuel L (2010a) y Emanuel E y Emanuel L (2010-b).

quien acude para buscar recomendación médica y mejorar de su salud. Finalmente, se apunta que puede darse el caso de que actualmente, haya profesionales que no tengan la preparación para articular valores subyacentes a sus recomendaciones y persuadir a sus pacientes en estos valores. Esta deficiencia se relaciona con las tendencias hacia la especialización, aunque, sí se reconoce que el modelo deliberativo parece el más adecuado, por lo que es necesario llevar a cabo cambios en la atención y educación médica para favorecer una aproximación más humanitaria, junto a gran cantidad de tiempo para discutir valores con los pacientes, aspecto a reconocer por los sistemas sanitarios (Emanuel y Emanuel, 2010 b: 180-184).

Acerca de la *investigación* en comunicación enfermera-paciente en la práctica asistencial, existe una larga tradición investigadora en torno a los profesionales de la salud y su interacción con los pacientes⁴¹. El estudio clásico de comunicación entre médicos y pacientes se relaciona con Parsons (1968) y trata de las expectativas de los roles y el proceso de interacción (Shattell, 2004:714-722), (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, 2009: 339-353). Más tarde Niklas Luhmann (1993) planteó la relevancia de la comunicación en relación con la percepción y el cuerpo, así como con los sistemas sociales (Fleischer et al. 2009: 339-353) y posteriormente, entre otros autores, también se ocuparon de la comunicación médico-paciente Bateson y Ruesch (1995), con un interés particular hacia la Salud Mental y Psiquiatría.

En enfermería, la importancia de la comunicación y la interacción con el paciente, ha sido enfatizada y desarrollada desde Florence Nightingale en el siglo XIX hasta la actualidad. Se reconoce que como profesionales que pasan tiempo con la mayoría de los pacientes y residentes de hogares de ancianos, las enfermeras ocupan un lugar privilegiado para satisfacer las necesidades de comunicación de los pacientes. Sin embargo, los enfoques y métodos para describir e investigar el fenómeno comunicativo en salud varían (Fleischer et al. 2009: 339-353), sin que puedan desligarse del modelo asistencial imperante en la sociedad. En la segunda mitad del siglo XX, en el caso de enfermería se ha favorecido la primacía de determinados aspectos técnicos, dando a la comunicación una atribución importante aunque secundaria (Bengoechea, 2001: 267). No obstante, cabe contemplar el estado de la investigación enfermera en España, en general (que no especifica en comunicación) a finales del siglo pasado. Un ejemplo, puede ser el caso de un estudio bibliométrico sobre la producción científica enfermera en la década 1985-1994, publicado en el año 2001. Analiza 622 publicaciones y concluye que los artículos de investigación son escasos en España. Indica que el principal foco de interés de la enfermería española es la salud del adulto en general, en el contexto clínico-asistencial, principalmente en la atención especializada, destacando Cataluña y Andalucía entre las Comunidades Autónomas donde más se publica y la universidad como institución más prolífica (Pardo, Mallebrera, García Meseguer, Collado, Delicado, 2001: 51).

Para una aproximación sobre la *investigación en España en comunicación enfermera-paciente*, y si cabe, cierta idea sobre el ámbito internacional a principios de este siglo, se toma como referente el trabajo de Bengoechea (2001). Integra estudios sobre comunicación enfermera-paciente en UCI y otras líneas relevantes de comunicación en aquel momento (Bengoechea, 2001). Se destaca lo siguiente: Se recogen referencias de las 20 publicaciones aportadas por la autora, cronología, país de origen y el tipo de estudio (Tabla 2.1). Se constata que no incluye ninguna publicación realizada en el estado español. Del ámbito internacional, en la etapa previa a 1989 aparecen tres estudios en ocho años: uno en 1980 (Asworth), uno en 1985 (Salyer y Stuart) y uno en 1988 (Stovsky). Posteriormente, a partir de 1989 aparece,

⁴¹ 10.7.15: Una muestra de la importancia de la comunicación asistencial en la actualidad, puede ser la noticia la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que titula "Taking a Stand: Creating an Incivility" donde apunta una cuantificación del comportamiento incívico en el lugar de trabajo, que establece entre el 25-50% de los casos, según datos de una encuesta sobre salud y seguridad en el trabajo de las enfermeras. Refiere que la sustitución de una enfermera puede costar hasta 88.000\$. El comportamiento incívico lo refiere como una baja moral, pobre trabajo en equipo, desconfianza y disminución del rendimiento en el trabajo, que en suma, repercute en la seguridad del paciente. Con este fin se ofrece un curso gratuito sobre el tema. <http://www.nursingworld.org/>

Tabla 2.1

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos y otras líneas relevantes (según Bengoechea, 2001)			
Estudios de investigación 1980-1999			
<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>País origen</i>	<i>Tipo de estudio</i>
1980	Asworth	Suecia	Cualitativo
1985	Salyer y Stuart	EEUU	Casi Experimental
1988	Stovsky	EEUU	Casi Experimental
1989	Headth	Reino Unido	Revisión
1989	Ingham	Reino Unido	Revisión
1990	May	Escocia	Revisión
1991	Albarran	Reino Unido	Revisión
1992	Adomat y Killingworth	Reino Unido	Cualitativo
1992	Estabrooks y Morse	Canada	Cualitativo
1993	Bergbom-Engberg y Haljamäe	Suecia	Cualitativo
1994	Leathart	Reino Unido	Cualitativo
1994	Green	Reino Unido	Cualitativo
1995	Jarret	Reino Unido	Revisión
1996	Scholes	Suecia	Cualitativo
1997	Wesson	Reino Unido	Revisión
1997	Motyka	Polonia	Cualitativo
1997	Zainal y Scholes	Reino Unido	Cualitativo
1998	Lindahl y Sandman	Suecia	Cualitativo
1998	Cornock	Reino Unido	Cuantitativo
1999	Russell	Australia	Cualitativo
<p>Notas: Fuente: Elaboración propia a partir de: Bengoechea (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6): 266-274.</p> <p>Estudio de revisión</p>			

como mínimo, uno cada año, llegando a tres en 1997⁴². En cuanto al tipo de estudios incluidos por Bengoechea (2001), aparecen: 6 estudios de revisión, 11 estudios cualitativos, 1 estudio cuantitativo y 2 estudios de diseño casi experimental. En la Tabla 2.2 se revisa la producción o distribución de publicaciones por países en el periodo estudiado, donde se observa la mayor proliferación de estudios en Reino Unido (10 estudios), seguida de Suecia (4 estudios) y Estados Unidos (2 estudios), (Bengoechea, 2001: 267). No obstante, en el ámbito internacional, las publicaciones sobre las relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente empiezan a proliferar a partir de los años 60⁴³. Diversos estudiosos a partir de esa época percibieron relaciones divergentes entre la teoría y la práctica enfermera, lo que dio lugar a investigaciones críticas, que exponen graves deficiencias en la comunicación enfermera-paciente en el área asistencial. Sin embargo, con *especial énfasis a partir del cambio de siglo y su paso al XXI*, se contempla que la enfermera debe atender a personas gravemente enfermas con menos recursos, incluidos periodos asistenciales más breves de tiempo y en ocasiones con menos posibilidades de soporte familiar que en épocas anteriores (Hagerty, Patusky, 2003: 145), por el trabajo de la mujer fuera del hogar y la prolongación de la vida de los ancianos. Simultáneamente, los cambios en la alfabetización del paciente, en especial, por información obtenida a través de Internet, junto con el reconocimiento de sus derechos (Ley de Autonomía del Paciente, 41/2002), y las aspiraciones de calidad comunicativa en la formación superior, reavivan el interés por la comunicación en la relación asistencial y ponen de relieve algunas brechas en el fenómeno comunicativo enfermera-paciente, cuyas evidencias se abordan en este apartado.

Algunos *aspectos conceptuales* que permitan centrar mejor la comunicación enfermera paciente, pueden ser los siguientes: En cuanto a la *definición de comunicación*, sin que exista un concepto unívoco, la comunicación es planteada por Daubenmire et al. (1978), Harding (1987), Edberg et al. (1995), Hansebo Kihlgren (2002), Sheldon et al. (2006), como un conjunto dinámico, complejo y contextual relacionado con un proceso multivariable continuo en el que las experiencias de los participantes son compartidas. Daubenmire et al. (1978), Harding (1987), Turnock (1991), Davies (1994), (Shattell, 2004), (citados por Fleischer et al 2009: 339-353). Así, la simultaneidad y la reciprocidad son aspectos centrales de la comunicación. Por otro lado, la comunicación depende totalmente de la cultura, el estatus social, y las relaciones recíprocas entre los participantes (Mathews 1983). Para Caris-Verhallen et al. (1997),Tacke (1999);Vivian y Wilcox (2000), Monkley y Usher (2001); van Manen (2002); Nordby (2007), el intercambio con el objetivo de entender la información es la característica central de la comunicación y esto según (Sarvimäki 1988), solo puede ocurrir en situaciones sociales, es decir, según Scheiner y Knipfer (2006), cuando la gente se reúne, por lo que la existencia de una contraparte es una necesidad para la comunicación.

La *naturaleza* de la comunicación, en general, según Caris-Verhallen et al, (1997, 1998), Lein y Wills (2007), se describe como emocional o instrumental o una mezcla de ambas. Para Caris-Verhallen et al. (1998) la comunicación instrumental también se llama comunicación relacionada con las tareas o comunicación de cumplimiento (por ejemplo, la comunicación para promover o mejorar el cumplimiento o adherencia de un tratamiento o cuidados). Según las mismas autoras, Caris-Verhallen et al. (1999b), la comunicación básicamente es dividida en verbal y no verbal. La comunicación no verbal involucra a todo el comportamiento comunicativo excepto la palabra hablada y esta última constituye la comunicación verbal. Para Aguilera (1967), todo comportamiento puede transmitir mensajes y significados, lo que sugiere que todo el comportamiento del paciente tiene un significado comunicativo y de mensaje. Según Caris-Verhallen et al (1999b), Moreira et al, (1997), Rundell (1991), Tuckett (2007) las relaciones interpersonales son continuas, así como la comunicación en los procesos terapéuticos. También, la comunicación puede ser vista como un requisito previo para las relaciones

⁴² No obstante, a nivel internacional, otros autores documentan estudios de décadas anteriores, que no necesariamente tuvieron que ser de fácil alcance en España en aquellas décadas previas a la informatización en nuestro medio.

interpersonales, o como una consecuencia (citados por Fleischer et al. 2009) de otros objetivos que conducen a detenerse en el análisis de la modalidad comunicativa empleada en relación a ciertos fines establecidos.

Acerca de la *estructura* de la comunicación asistencial enfermera-paciente, se apunta que dicha relación es considerada el fundamento de la atención y la situación en la que se desarrollan los cuidados de enfermería en el contexto asistencial de salud. Para Moore y Kuipers, (1992); Moreira et al. (1997), la naturaleza de la relación interpersonal con el paciente es diferente de la relación que se da entre los familiares y los pacientes, ya que por definición, se trata de un enfoque terapéutico en beneficio de la salud del paciente. Este proceso de comunicación, según Usher y Monkley (2001), a menudo se describe como un *modelo de fase* y consta de tres etapas: 1) cuando se inicia el encuentro o primera etapa del evento, 2) fase intermedia o de trabajo y 3) el final de todas las etapas. En el caso de enfermería, este modelo según Rundell (1991), se complementa con la comunicación individual de dichas etapas que progresan desde la admisión del paciente que en su avance da lugar a la etapa siguiente, hasta que una vez cumplidos los objetivos, la relación finaliza (autores citados por Fleischer et al. 2009: 339-353). En conjunto, se trata de un proceso de relación interpersonal que se desarrolla en el tiempo, mediante la colaboración del paciente y de la enfermera con el objetivo de una meta común, que es la mejora de la salud del paciente. Esta conceptualización se basa en el trabajo de Peplau (1952), ampliado posteriormente por otras teóricas de enfermería como King (1981), Paterson y Zderad (1988) y Travelbee (1971). (Hagerty, Patusky, 2003: 145).

Primer periodo analizado: 1990-2009. Evidencias en comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales.

En cuanto a las *características de los estudios* localizados y seleccionados, este apartado contempla un conjunto de estudios de revisión que abarcan el periodo 1990-2009. Sus autores son: May (1990), Bengoechea (2001), Shattell (2004), Fleischer et al. (2009); Matthews (1983) (en el caso de este último autor se contempla como referente teórico, según se explica a continuación). Se trata de las principales revisiones localizadas para ese periodo y que resultan relevantes para el propósito de este estudio. Recogen información de estudios empíricos sobre la comunicación enfermera-paciente en situaciones asistenciales diversas en servicios de adultos y no monográficamente sobre una patología o tipo de paciente determinado. Referencias sobre los autores propuestos y sus aportaciones en esta investigación, pueden ser las siguientes:

(1) *Matthews (1983)*, (Evanston, Illinois, EEUU): "*The Communications process in clinical settings*"⁴³. El autor identifica su filiación a un Departamento de Antropología, EEUU. Estudio de revisión que incluye teoría sociológica y análisis de relaciones asistenciales, reinterpretadas por el autor, a partir de relacionar la relación médico-paciente, enfermera-paciente y médico-enfermera con aspectos ideológicos en relación con la profesión. Entre otros aspectos, contempla conceptos (microsituaciones) de la teoría de Goffman y toma de la aportación de Berger y Luckmann (1966) la idea de la sociedad como marco intersubjetivo donde se negocian las interacciones comunicativas. Matthews (1983) también alude cambios comunicativos en relación con la implantación de la normativa o ley de derechos del paciente en EEUU. El motivo de contemplar el estudio de Matthews (1983) en esta investigación, es que los autores nombrados, guardan relación con autores contemplados en el marco teórico de este estudio. Hasta recientemente, ha sido uno de los pocos casos localizados que relacionan la comunicación asistencial (incluido el caso enfermera-paciente) con Berger y Luckmann (1983). En 2015, un nuevo referente⁴⁴ que incluye el concepto de comunicación bajo la perspectiva constructivista de Berger y Luckmann (1983), se obtiene a través de un estudio sobre la comunicación científica en salud proveniente de investigadoras enfermeras de Michigan y

⁴³ Matthews (1983). The communication process in clinical settings. *Social Science & Medicine*, 17(18):1371-1383.

⁴⁴ Manojlovich, Squires, Davies, Graham D, (2015). Hiding in plain sight communication theory in implementation science. *Implementation Science* 2015, 10:58

Tabla 2.2.

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos y otras líneas relevantes (según Bengoechea, 2001)	
Estudios de investigación Distribución por países	
Inglaterra	10
Suecia	4
EEUU	2
Australia	1
Polonia	1
Escocia	1
Canadá	1
<p>Nota: Fuente: Elaboración propia a partir de: Bengoechea (2001: 266-274) Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6):266-274</p> <p>Periodo analizado por Bengoechea (2001): 1980-1999.</p>	

Canadá. En suma, en el caso de Matthews (1983), el hecho de que se trate de un análisis esencialmente interpretativo y teórico, junto con trabajos provenientes desde los años 60, ha orientado a mantenerle como referente teórico, más que recurrir a su análisis pormenorizado en relación con este estudio.

(2) *May (1990)*, (Edimburgo, Escocia). "Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice". Sociólogo médico en la actualidad, cuya investigación seleccionada en este estudio esta enmarcada en la interacción enfermera-paciente. Su filiación vigente pertenece a distintas universidades y corporaciones internacionales relacionadas con la formación y la salud. En su estudio constan: 68 citas bibliográficas. Integra estudios desde 1963 hasta 1989 (abarca 26 años). (3) *Bengoechea (2001)*, (País Vasco, España): "Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de líneas de investigación predominantes y otras relevantes". Su filiación indica becaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Su estudio versa sobre la comunicación paciente-enfermera en la UCI, aunque incluye otras líneas relevantes en la época, como por ej. el trabajo de May (1990). Su selección incluye 20 estudios. En su bibliografía constan 28 citas. Integra estudios desde 1980 a 1999 (abarca 20 años). (4) *Shattell (2004)*, (Alabama, EEUU): "Nurse-patient interaction: a review of the literature". Identifica su filiación como profesora de la Escuela de Enfermería. Universidad de Alabama. Su revisión es con margen de tiempo abierto, según selección de artículos para el interés del estudio. En la publicación constan: 50 citas bibliográficas. Cita a May (1990) y a Matthews (1983). Integra estudios desde 1962 hasta 2002 (abarca 42 años). (5) *Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, (2009)*. (Halle, Alemania): "Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review". La filiación indicada en la publicación es Institute of Health and Nursing Sciences, Martin-Luther University Halle-Wittenberg (Halle, Alemania). Refiere haber revisado 97 estudios. La bibliografía que se presenta incluye 100 estudios. Cita a Matthews (1983), May (1990) y Shattell (2004). Integra estudios desde 1967 hasta 2008 (abarca 41 años).

Se destaca que el estudio de Bengoechea (2001), es el único trabajo de revisión localizado en España en el periodo indicado. Dicha publicación esta encauzada a estudios de comunicación enfermera-paciente en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), aunque no exclusivamente, ya que incorpora otros trabajos seleccionados por su relevancia. El conjunto de estudios analizado incluye predominantemente, la perspectiva hospitalaria o de institucionalización (por ejemplo residencias de ancianos) y son muy escasas las alusiones en la Asistencia Primaria⁴⁵. En *resumen*, las revisiones que se aluden en este apartado, abarcan una amplitud de 42 años (Shattell, 2004) o 41 años (Fleischer et al 2009). El total de citas incluidas en la bibliografía de los autores referidos (1990-2009), supone: 323 citas. En cuanto al total de citas seleccionadas e incluidas en cada estudio para la revisión: solo constan en dos estudios: Bengoechea (2001): 20 estudios y Fleischer et al. (2009): 97 estudios. En consecuencia, integran una cantidad superior a 117 estudios, lo que da idea de la complejidad el tema.

Evidencias en comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales según May (1990), Shattell (2004), (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, 2009).

En los casos de los autores de referencia, se trata de situaciones asistenciales en general, por lo que se incluye aparte y posteriormente el caso de pacientes ingresados en UCI (Bengoechea, 2001). May (1990) se refiere a la problematización de informaciones contrapuestas en torno a cómo debe ser y qué se debe hacer y/o hace para una adecuada comunicación enfermera-

⁴⁵ Se contempla que en España, la Asistencia Primaria se configura a partir del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud, donde se definieron y sentaron las bases de la actual red de Atención Primaria. Dicho concepto nuevo en aquel entonces, fue inspirado en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia de la OMS-UNICEF de 1978). El decreto de referencia, entre otros aspectos, estableció la delimitación territorial de las zonas de salud, el trabajo en equipo multidisciplinar, la integración de las actividades de curación con las de promoción y prevención de la salud, así como el aumento del tiempo de atención (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007: 25).

paciente en la práctica asistencial. Refiere que Field, Pierce-Jones (1967) muestran que las relaciones de las enfermeras con los pacientes son una parte importante de su trabajo (May, 1990: 307-315). A partir de las investigaciones seleccionadas, se observa que la comunicación enfermera-paciente presenta características que en el presente estudio se agrupan en: 1) Frecuencia, duración y atributos, 2) Poder de la enfermera en el encuentro comunicativo, 3) Repercusiones en el paciente: Despersonalización, estereotipos y evitación.

1) *Frecuencia, duración y atributos de la comunicación enfermera-paciente.* Un número considerable de estudios refiere que la comunicación paciente-enfermera es muy limitada (May, 1990: 307-315) y entre sus rasgos destacan aspectos referidos a frecuencia, duración y atributos: Altschul (1971), observó el número y la duración de las interacciones enfermera-paciente y encontró que no eran frecuentes ni prolongadas. En sentido opuesto, las enfermeras indicaron que creían emplear mucho tiempo con los pacientes, lo que era contrario a las observaciones del investigador. El trabajo de Hagerty y Patusky, (2003), es consistente con estos hallazgos y sugiere que el tiempo extenso no es necesario para formar una relación asistencial (Shattell, 2004). Autores como Macleod Clark (1982), Coser (1962), Quint (1967), Stockwell (1972), Wells (1975), Davitz & Davitz (1975), Moul et al (1978), Faulkner (1980), Maguire et al 1980), sustentan que la comunicación enfermera-paciente es una tarea orientada, superficial y rutinaria, limitada y controlada por la enfermera. Macleod Clark (1983) concluye que las enfermeras: 1) Dedicar poco tiempo a la comunicación verbal con los pacientes; 2) cuando ocurre tiende a ser superficial y orientada al trabajo; 3) usan un abanico de tácticas para evitar la comunicación (ej. inducen a respuestas con monosílabos); 4) intentan controlar la comunicación para limitar la "calidad y profundidad" de la comunicación verbal con el paciente. (citados por May, 1990: 307-315). Gibb y O'Brien (1990), estudiaron a 10 enfermeras a través de "actos de habla" y "estilo de discurso" con clientes ancianos en dos residencias diferentes. Encontraron que la comunicación verbal en la mayoría de enfermeras, había suscitado poca colaboración de los pacientes, requiriendo sólo "sí" o "no" en sus respuestas. Refieren los autores que las enfermeras rara vez cedieron en el control de procedimientos de atención al paciente (Shattell, 2004:714-722).

En años posteriores, características como las descritas, siguen surgiendo en resultados de investigaciones. Para Williams et al. (2005), alrededor del 69% de las conversaciones de enfermería eran más bien orientadas a tareas y sólo algunas conversaciones tomaron más de 5 minutos, además los autores apuntan que un modo de expresión que no se utiliza conscientemente, es el llamado *elder speak*, que transmite las limitadas potencialidades de comunicación de los ancianos en las conversaciones. *Elder speak* supone modificar el discurso en base al uso de diminutivos, pronombres plurales inadecuados, preguntas, frases breves, velocidad lenta de la voz y vocabulario sencillo, en conjunto supone infantilizar el discurso. Los autores identifican a las enfermeras como casi el único personal responsable de la calidad de la comunicación con los residentes en la residencia de ancianos, aspecto que había sido observado por Hansebo y Kihlgren (2002), a través de estudios con ancianos dementes. También Jones y van Amelsvoort Jones (1986), Armstrong-Esther y Browne (1986) observaron que la comunicación verbal en ancianos institucionalizados era producida en gran parte, en forma de indicaciones o instrucciones, lo que puede interpretarse como una forma de poder profesional manifiesta. Según Graneheim et al. (2001), a veces los pacientes con demencia y comportamiento vocalmente disruptivo, incluso eran dirigidos como un objeto. Según Cleary y Edwards (1999), este estilo de comunicación empleado para personas custodiadas sucede también en servicios de psiquiatría. También en una residencia para pacientes con demencia, Edberg et al. (1995) observaron cinco tipos de contenidos de la orientación de la comunicación: a) orientación a la persona, b) orientación a la tarea, c) orientación a la tarea y la persona y simultáneamente, d) fracciones de comunicación sin sentido, y e) falta de atención en la comunicación. Las enfermeras en su mayoría utilizaban la comunicación orientada a las tareas, lo que puede disgregar a una persona no orientada. (Fleischer et al. 2009: 339-353).

2) *Poder de la enfermera en el encuentro comunicativo.* La mayor parte de la investigación sobre la interacción enfermera-paciente, en el periodo indicado, asume que se da una posición de poder de la enfermera en el encuentro comunicativo con el paciente. Es el caso de autores como Kettunen et al. (2002), que ven en las estructuras centrales de la

comunicación enfermera-paciente problemas relacionados con su poder. En la misma línea, Darmann (2000), se refiere también al poder de las enfermeras y la limitada libertad de decisión de los pacientes para ejercer presión. Este mismo aspecto había sido detectado por Herman y Shaw (1984) y Kelly y May (1982). Además Heyman y Sahaw (1984), interpretan que el control y autoridad en las enfermeras es muy importante acerca de la percepción que puedan tener los pacientes. Detectan una pobre relación paciente-enfermera expresada en términos de poca obediencia del paciente expresada por parte de la enfermera (citados por May, 1990: 307-315). Para Diers et al. (1972), esta asignación está asociada con la distribución de roles (comentada anteriormente a propósito de Parsons 1951, 1975) atribuidos a la enfermera y los asumidos por el paciente (citados por Fleischer et al. 2009: 339-353). Armstrong (1982, 1983a, 1983b) apunta que una combinación de ideología y conocimientos privilegiados es desplegada por las enfermeras para analizar al paciente de acuerdo a las señales, síntomas y patologías y definir sus necesidades. El autor señala una vía en la que se unen los resultados de poder y conocimiento May (1990: 307-315). Según Armstrong-Esther y Browne (1986), los pacientes asumen el papel que se espera de ellos, a saber, el rol de estar enfermos, dependientes e inactivos (citados por Fleischer et al. 2009: 339-353). También Bourhis et al. (1989) indican que los registros comunicativos utilizados por los pacientes y las enfermeras se relacionan con el reparto de poder asimétrico acerca de como la enfermera utiliza la información y documentación asistencial, de forma que se produce la desactivación de la participación adecuada del paciente en la comunicación (citados por Fleischer et al. 2009: 339-353).

3) *Repercusiones en el paciente: Despersonalización, estereotipos y evitación.* En cuanto a la *despersonalización*, a través de un estudio fenomenológico sobre la experiencia del paciente en atención ambulatoria de salud, Plaas (2002), encontró que los pacientes expresaron sentir que eran tratados como objetos (Shattell, 2004:714-722). Por otro lado, según Turner (1987), el paciente es despersonalizado través de síntomas, signos y otros fenómenos fisiológicos y psicológicos. En esta línea, Davies (1984), apunta que aunque hace años que los cuidados de enfermería se orientan hacia la individualización, planificación y documentación, según se evidencia las enfermeras tienden a tratar con colectivos de gente, comportamientos y enfermedades, olvidando la perspectiva individual, la persona como sujeto único. Lasch (1979) ya había apuntado que la sensibilidad terapéutica, supone reconocer que el paciente es algo más que un conjunto de síntomas físicos que requieren remedio o tratamiento (May, 1990: 307-315). Acerca de los *estereotipos*, según Breeze y Repper (1998), poder y control parecen estar también relacionados con los llamados pacientes "difíciles", que parecían estar luchando contra el poder de las enfermeras en la asistencia psiquiátrica. Los pacientes son etiquetados como "difíciles" cuando amenazan o impugnan la competencia o el control de las enfermeras. (Fleischer et al. 2009: 339-353).

Al respecto, Hewiston (1995) apunta que la calidad de la atención al paciente está determinada por el proceso de etiquetado moral y social, lo que hace comprensible que los pacientes traten de evitar ser etiquetados de "difíciles". Johnson y Webb (1995) encontraron que el poder que las enfermeras ejercen sobre los pacientes y las interacciones, tuvieron como resultado el consentimiento de los pacientes, para evitar la posibilidad de recibir la etiqueta de "paciente malo" (citados por Shattell, 2004: 714-722). Sobre la *evitación*, Shattell (2002) refiere que el paciente se esfuerza para lograr una impresión favorable de la enfermera, tratando de mantener su autoestima y autonomía. Similar es el caso de Breeze y Repper, (1998), que indican que cuando el paciente es etiquetado de "difícil", se resigna a la etiqueta para obtener aprobación de la enfermera. McDonald et al. (2000), en un estudio descriptivo de cómo los pacientes comunican su necesidad de medicación relacionada con cirugía del dolor, encontraron que algunos pacientes habían demorado o evitado comunicar esta necesidad por no querer quejarse, en un intento por controlar su deseo de ser querido. Entre las peores consecuencias de esta problemática, investigaciones diversas muestran que etiquetar al paciente como "difícil" por parte de las enfermeras, supone a menudo que lo evitan o se distancian del propio paciente. Con lo cual, según Carveth, (1995); Finlay, (1997); Breeze y Repper, (1998), recibe menos cuidados y menos apoyo de parte de enfermería (tales como información y medidas de confort, responderle por su nombre, etc.), produciéndole aislamiento (Shattell, 2004:714-722). Sería similar al caso descrito por Heineken y Loveridge (1988), que refieren que el poder de la comunicación enfermera-paciente, es ejercitado a través de la

confirmación o desconfirmación⁴⁶ del comportamiento del paciente (citados por Fleischer et al. 2009: 339-353). En consecuencia, según Shattell (2004) y Plaas (2002), el efecto de la interacción enfermera-paciente en la experiencia del paciente puede ser útil o dañino, o bien de confirmación o de exclusión cuyos resultados son consistentes con los de Drew (1986) (Shattell, 2004). Finalmente, se apunta que según Shattell (2004), Rusell (1994), May (1990: 307-315), gran parte de la literatura sobre la interacción enfermera-paciente explora las acciones comunicativas de la enfermera, ignorando la contribución del paciente (citados por Shattell, 2004:714-722).

Evidencias en comunicación enfermera-paciente en UCI y otras líneas relevantes, según Bengoechea (2001); (periodo 1990-2009):

La comunicación enfermera con pacientes críticos (UCI) según Bengoechea (2001)⁴⁷, destaca en lo siguiente: 1) Dicha comunicación se da en el 73% de los casos y presenta las siguientes características: No hay atención individualizada; la comunicación es fundamentada en diagnósticos médicos, centrada en el cuidado físico, pronóstico y duración del ingreso. La enfermera emplea un lenguaje técnico, el encuentro es planificado y breve. Aparecen pocas investigaciones que conjuguen el estudio de comunicación verbal junto con la comunicación no verbal y las publicaciones no se refieren a las emociones de los pacientes (Tabla 2.3). 2) En cuanto a las causas del estilo comunicativo, se atribuyen las siguientes: (Tabla 2.4) a) Mecanismos de defensa (la enfermera tiene miedo y estrés); b) Relaciones organizativas (el tipo de relación existente en el equipo influye en la relación brindada a los pacientes); c) Sobrecarga de trabajo; d) Falta de habilidades de relación (no se recogen datos; más acentuado en los estudiantes de enfermería); e) Los valores del paciente y su familia (problemas de inestabilidad clínica en función de la capacidad de respuesta del paciente en contraste con problemas personales de las enfermeras); f) Entorno de la UCI (ruidos o movimiento de personal). (Bengoechea, 2001: 271). Por otro lado, la autora clasifica el tipo de comunicación enfermera-paciente, según la etapa asistencial por la que atraviesa el paciente: al ingreso, durante la estancia y evolución clínica y en el alta.

En la etapa de ingreso del paciente, la característica principal es el miedo constante del paciente. La autora refiere no haber localizado ningún estudio que indique una característica comunicativa especial durante esta etapa de ingreso, sin embargo apunta: "*las enfermeras establecen que en esos momentos se abandonan de forma temporal las necesidades sentidas por los pacientes y se atiende mediante tecnología, la cual le ofrece una seguridad al paciente de que existe un control sobre su situación*". Pasado el momento del ingreso, hay pacientes que viven ciertos momentos de tranquilidad y sosiego. Según la bibliografía en esos momentos existe la "*tendencia a dar información en 28-40% de interacciones*"; "*dicha información se centra en aquellos aspectos sobre los que la enfermera se siente segura*", es decir en los cuidados físicos en un 70% de las ocasiones y en la gravedad del proceso".

Etapa de evolución clínica. El paciente comienza un periodo de adaptación en el que necesita comunicarse y esta necesidad "*no es atendida de forma adecuada por las enfermeras*"; "*en esos momentos hay ocasiones que las enfermeras le expresan al paciente aspectos de su*

⁴⁶ La desconfirmación (o exclusión) es definida en el estudio como "ser excluido, para experimentar los sentimientos" o "ser prescindido por otro del que uno depende". La confirmación es "ser reconocido por otro significativo en los sentimientos propios".

⁴⁷ Bengoechea, (2001). En el análisis realizado en ese estudio y que se presenta, se ha procurado reproducir el lenguaje utilizado por la autora de la revisión, dado que supone un ejemplo del tipo de comunicación empleado por enfermería en esa época, relacionado con aspectos socioculturales y, en especial, el estado de conocimientos y nivel formativo de esta disciplina en esos momentos. En ningún caso, dicha reproducción tiene más finalidad crítica que la expresada. Al contrario, se reconoce como valioso y meritorio el estudio realizado por la autora, en una etapa donde las publicaciones sobre el tema eran escasas en España y apenas existía Internet en nuestro medio.

Tabla 2.3

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos y otras líneas relevantes (según Bengoechea, 2001)

Características generales

- La enfermera emplea un lenguaje verbal técnico (se fundamenta en diagnósticos médicos) y no es individualizada
- Se trata de contactos no planificados y breves
- Las interacciones se basan en intervenciones de los cuidados físicos e independientes de las emociones y reacciones de los pacientes. No se halla consenso acerca de ante qué emoción, o vivencia o reacción del paciente, hay que intervenir e interaccionar.
- Además de información sobre cuidados físicos: contenido verbal basado en el pronóstico y la duración del ingreso
- Mayoritariamente la comunicación es iniciada por enfermeras (73% de casos)
- Se enfatiza la poca idoneidad de la comunicación desarrollada por las enfermeras y los estudiantes de enfermería en las unidades de UCI.
- Pocos estudios investigan conjuntamente la comunicación verbal (CV) y la no verbal (CNV). Caso de CNV no se refiere a qué emociones o conductas de los pacientes la comunicación de la enfermera trata de responder.

Notas:

Fuente:

-Elaboración propia a partir de: Bengoechea (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica* 11(6):266-274.

Periodo analizado por Bengoechea (2001): 1980-1999.

Revisión. Síntesis de **20 publicaciones** en 20 años (en especial en UCI).

Se intenta preservar los términos y el tipo de lenguaje empleado por la autora de la publicación, en el sentido de que puede ayudar a entender aspectos socio-culturales de la época en relación con la comunicación enfermera-paciente

Tabla 2.4

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos y otras líneas relevantes (según Bengoechea, 2001) Causas atribuidas para el estilo comunicativo enfermera-paciente	
Mecanismos de defensa.	Empleados por las enfermeras para sentirse “a salvo” del miedo y del estrés que puede implicar el atender las necesidades emocionales de los pacientes
Relaciones organizativas.	Se apunta que el tipo de relación dentro del equipo influye en el tipo de relación brindada a los pacientes por todo el equipo [no se especifican otras características]
Carga de trabajo	
Falta de habilidades de relación	Para recoger datos de forma integral.
Falta de habilidades de relación	En el caso de los estudiantes de enfermería , es mas acentuada, ya que no asocian el cuidado con la comunicación terapéutica
Los valores del paciente y su familia	La inestabilidad de la situación clínica y los problemas de la familia en conjugación con los problemas personales de las enfermeras
El entorno de la UCI	Caracterizado por los ruidos o el movimiento de personal
<p>Notas:</p> <p>Periodo analizado por Bengoechea (2001): 1980-1999.</p> <p>Revisión. Síntesis de 20 publicaciones en 20 años (en especial en UCI).</p> <p>Elaboración propia a partir de: Bengoechea (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. <i>Enfermería Clínica</i> 11(6): 266-274.</p> <p>Se intenta preservar los términos y el tipo de lenguaje empleado por la autora de la publicación, en el sentido de que puede ayudar a entender aspectos socio-culturales de la época en relación con la comunicación enfermera-paciente.</p>	

vida personal" para entablar una relación más cercana, aunque no es lo habitual. El caso de los pacientes intubados, es el de mayor gravedad. La autora refiere, que "para un 90% de las enfermeras, la comunicación verbal y no verbal con los pacientes ventilados es la situación más compleja de las UCI". Las emociones y reacciones de los pacientes en este periodo son: "Miedo intenso en algunos momentos por circunstancias suyas o del entorno (por ej. la muerte o agudización de otro paciente)". Según Bengoechea, (2001), ante el interés verbal del paciente: "las enfermeras tienden a dar una información superficial que banalice la situación, o cambian de tema para evitar que se entere y así protegerlo" y si el paciente no pregunta "la duda de una emoción en el paciente hace necesaria su confrontación para determinar que significado le ha dado esa persona a ese estímulo que le causa miedo". En esta fase de adaptación, hay trabajos publicados que se refieren a soledad, tristeza y aburrimiento: "no se refleja que tipo de interacciones se mantenían ante la soledad y el citado aburrimiento". En el alta del paciente, se refieren dos tipos de emociones: alegría y miedo (o indefinición), aunque "no se recogen interacciones específicas de las enfermeras ante esta etapa y ante las emociones descritas". La autora refiere la necesidad de respeto para la familia y de integrarla en los cuidados del paciente.

Evidencias en comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales (1990-2009): estudiantes de enfermería

En relación con los estudiantes de enfermería (Tabla 2.5), los diferentes estudios muestran la complejidad de la dinámica asistencial y las difíciles condiciones de socialización con que se encuentra el alumnado para interiorizar el rol comunicativo con el paciente. Entre ellas se hacen evidentes las divergencias entre la teoría recibida desde la formación docente a través de las escuelas y la práctica asistencial, donde se relega la relación con el paciente para cuando "no hay trabajo" y "si queda tiempo", condiciones que dificultan que el estudiante pueda familiarizarse con la atención individualizada y pueda integrar la relación terapéutica enfermera-paciente (May, 1990:307-315). Casi quince años después del estudio de May (1990), se afirma que la comunicación del estudiante de enfermería con el paciente, empeora conforme adquiere experiencia y educación (Shatell, 2004) y finalmente cinco años después de este último estudio, se sigue argumentando la necesidad de formación en comunicación en enfermería a través de estudios que demuestren su eficacia. En consecuencia, a través de los trabajos seleccionados, y la evolución de casi veinte años, todo apunta que el problema de la formación en comunicación en los estudios de enfermería, evidenciada a través de actuaciones de los estudiantes durante sus prácticas asistenciales, esta por resolver (Fleischer et al. 2009: 339-353).

Otros aspectos relevantes referidos en los estudios de 1990-2009 se concretan en: a) El síndrome de desgaste por el trabajo (burnout)⁴⁸ o estrés crónico en relación con el trabajo de la enfermera; b) Información institucional. En relación con el síndrome de burnout y el trabajo de enfermería, según Llewelyn (1984), una amplia gama de pruebas disponibles, conectan a la enfermería con niveles muy altos de estrés laboral y que como consecuencia presentan burnout o están "quemadas". Otros estudios paralelos, ven la fuente del cansancio en la estructura del contexto y en la cultura de grupos de enfermeras que trabajan juntas y no en base al encuentro enfermera-paciente. También Macleod Clark (1983) plantea el esfuerzo que debe suponer controlar y delimitar la interacción paciente-enfermera y evitar mostrar una reacción defensiva contra el cansancio y la ansiedad que experimenta diariamente la enfermera frente al dolor y la enfermedad. En esta misma línea, múltiples autores como Menzies (1960), Folta (1963, 1965), Quint (1966), Schoenburg (1968), Casee (1975), Birch (1978), Gow & Williams (1977), Vachon et al (1978), Braider & Porath (1981) (recopilados por Glaser & Strauss, 1965; Glaser et al 1970; Stoller 1980), observan que las enfermeras responden a la defensiva cuando se encuentran a pacientes con angustia y ansiedad y especialmente con pacientes moribundos. En relación con este tema se profundiza más adelante a propósito de las emociones en

⁴⁸ Síndrome de burnout. Traducido al español como síndrome de quemarse por el trabajo, o equivalencia del inglés *burnout syndrome* (hay hasta dieciocho denominaciones), según la orientación de Gil Monte (2002:19-20), Gil-Monte (2003: 193).

enfermería. Acerca de la *información institucional*. Según Peterson (1983), hay estudios en los cuales grupos de enfermeras se preguntan si la interacción verbal es trabajo o no est trabajo.

No obstante, para Macleod Clark (1982), algunos de los problemas con que se encontraban las enfermeras, eran el resultado de la limitación del acceso a la información acerca del pronóstico y condiciones del paciente y las restricciones sobre lo que podían hablar con el paciente. Al respecto Reissetter y Thomas (1986), argumentan que el trabajo de enfermería, no debería corresponder directamente a las definiciones y actitudes de los médicos de las salas (citados por May, 1990: 307-315). Según Tuckett (2007), la política de información de la institución es otra estructura de poder relacionada con la comunicación, dado que a todo el personal no se le puede permitir compartir toda la información del paciente o residente y esta condición puede conducir a estrategias para eludir o evitar la comunicación (citados por Fleischer et al. 2009: 339-353).

Comunicación enfermera-paciente y estudiantes en el ámbito asistencial: coincidencias entre autores (1990-2009):

Los estudios revisados, cuyo resumen entre autores puede observarse en la Tabla 2.6 convergen en reconocer una serie de dificultades en la comunicación enfermera-paciente desde la perspectiva hospitalaria o institucionalizada. Dichas convergencias se agrupan también por áreas de afinidad entre autores en la Tabla 2.7, que son las siguientes: 1) *Frecuencia, duración y atributos de la comunicación enfermera-paciente*. 2) *Poder de la enfermera en el encuentro comunicativo*. 3) *Repercusiones en el paciente: Despersonalización, estereotipos y evitación*. Igualmente, se agregan características en relación a la educación y estudiante, aspectos emocionales, enfoque teórico, aspectos descriptivos, familia y otros. La síntesis de los temas evidenciados es la siguiente:

1) *Frecuencia, duración y atributos de la comunicación enfermera-paciente*. La comunicación de la enfermera con el paciente se describe como breve y estereotipada. Con frecuencia esta encauzada a obtener respuestas con monosílabos (May, 1990), (Bengoechea, 2001) (Shattell, 2004), (Fleischer et al. 2009). 2) *Poder de la enfermera en el encuentro comunicativo*. Los distintos autores atribuyen un poder y control a la enfermera que ejerce en su comunicación con el paciente, al que este se resigna al necesitar de los conocimientos y experiencia de la enfermera para recuperar su salud. (May, 1990) (Fleischer et al. 2009). 3) *Repercusiones en el paciente: Despersonalización, estereotipos y evitación*. Se describe que las enfermeras atienden a tipos de pacientes y patologías y no brindan una atención individualizada, lo que genera despersonalización en el paciente. También se describe la atribución de estereotipos, al clasificar a los pacientes en "buenos" y "malos" en función de su "obediencia" a las indicaciones de la propia enfermera. Por ejemplo se da el caso de algún paciente, que por sentirse apreciado evita o retrasa pedir medicación para su dolor, para evitar ser juzgado. Aparte de los estereotipos, otra de las modalidades de respuesta de la enfermera es tomar distancia (evitar la relación cercana) con el paciente como reacción a alguna respuesta o comportamiento que no se ajusta a los requerimientos de la enfermera. (May, 1990), (Bengoechea, 2001), (Shattell, 2004), (Fleischer et al. 2009).

En relación con el y estudiante y la educación: La falta de dedicación a la comunicación en la formación enfermera es reconocida como "descuido" (May, 1990). Catorce años después, se apunta que con la experiencia, los estudiantes no progresan en comunicación. Parece que conforme los estudiantes de enfermería adquieren mas experiencia y educación, sus comportamientos de comunicación se hacen menos deseables. Sus habilidades de comunicación no mejoraron con la formación y experiencia laboral (Shattell, 2004). Casi veinticinco años más tarde de la aportación de May (1990) se enfatiza que faltan estudios bien diseñados y con resultados que sustenten la intervención educativa apropiada que produciría efecto para mejorar la comunicación. Aunque existen implicaciones para la práctica, su eficacia carece de pruebas (Fleischer et al. 2009). *Aspectos emocionales*. Se refiere que las enfermeras responden a la defensiva, cuando se encuentran a pacientes con angustia y ansiedad, especialmente con

Tabla 2.5

Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales Estudiantes de enfermería 1990-2009	
Problemática, rasgos	Autores
Las tareas de los estudiantes están definidas por gestores cualificados de los hospitales, que evalúan sus habilidades de rutina enfermera y tareas de tipodoméstico .	Melia (1981) según May (1990)
Las habilidades se traducen en hacer trabajo físico , importante en los informes de estos estudios.	Melia (1981) según May (1990)
Existe tensión entre la expectativa adquirida por los estudiantes en las escuelas y las posibilidades asistenciales para relacionarse con los pacientes en su trabajo en el hospital.	Melia (1981) según May (1990)
En el estudio es caracterizado como un sistema elaborado de presión moral y control social , donde están plasmadas las definiciones físicas (rutinas) del trabajo de enfermería. Los estudiantes están esperando "mostrar su valía" en el "duro y pesado trabajo".	Melia (1981) según May (1990)
El estudiante se estresa si el paciente quiere hablar porque "tiene el trabajo por hacer". Hablar con el paciente solo es posible una vez finalizado el "trabajo" . Un cuidado individual al paciente es difícil .	Melia (1981) según May (1990)
Valores y prácticas ejercen una fuerza poderosa en los estudiantes ante las posibilidades de interacción paciente-enfermera y sobre aquellos pacientes que requieran una relación "terapéutica".	Melia (1981) según May (1990)
En servicios de cirugía, poca comunicación entre enfermeras y médicos y falta de información en manos de enfermeras con más tiempo en contacto directo con los pacientes. Las enfermeras jóvenes hacían posible relaciones cercanas con algunos pacientes. Sin embargo esta interacción verbal era a menudo rutinaria porque estaba bajo un estricto control médico	Melia (1981) según May (1990)
El entrenamiento de las enfermeras es hacer prácticas, y no tomar necesariamente el camino de la teoría .	De la Cuesta 1983); Melia (1981,1987); Ryan (1989) según May (1990)
Para Williams (1974), el trabajo de enfermería es claramente disconforme con la ideología del profesionalismo. La definición del trabajo de enfermería (Clarke, 1978) es manual y físico. Melia (1981), refiere barreras reales para la creación de relaciones terapéuticas , si hablar con los pacientes supone falta de trabajo.	Clarke (1978) Williams (1974) Melia (1981) según May (1990)
Detecto una media de 2-3 minutos en los intentos de comunicación de los estudiantes de enfermería con los pacientes.	Faulkner (1980) según May (1990)
La poca idoneidad comunicativa de enfermería con el paciente es reproducida por el estudiante	Bengoechea (2001)
A los estudiantes les gustaba más cuidar a las personas que eran alegres, comunicativas y aceptaban su enfermedad y la atención de enfermería.	Shatell 2004
El grupo que no tenía ninguna experiencia relacionada con la enfermería fueron mejores oyentes y menos críticos. Parece que conforme los estudiantes de enfermería adquieren más experiencia y educación, sus conductas de comunicación se hacen menos deseables .	Shatell 2004
Las habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería no mejoraron con la formación profesional y la experiencia laboral	Shatell 2004
En educación enfermera, principalmente faltan estudios aleatorios controlados, bien diseñados y con resultados que sustenten la intervención educativa que produciría efecto para mejorar la comunicación. Las implicaciones en la práctica existen, aunque su eficacia carece de pruebas .	Fleischer et al. (2009)
<p>Notas:</p> <p>Fuentes elaboración (y negrita) propia a partir de:</p> <p>May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. Journal of Advanced Nursing, 15 (3): 307-15.</p> <p>Bengoechea Ibarrodo, (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6):266-274</p> <p>Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 13(6): 714-722</p> <p>Fleischer, Steffen; Berg, Almuth; Zimmermann, Markus; Wüste, Kathleen; Behrens, Johann (2009) Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. Journal Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften) 17 (5) :339-353.</p>	

Tabla 2.6
Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales
Resumen de aportaciones de autores 1990-2009

Autores y año	Rasgos/ características principales
C. May (1990)	<p>Falta de sincronía entre la teoría y la práctica enfermera</p> <p>El estudiante se ocupa de tareas rutinarias físicas y domésticas. Solo puede hablar con el paciente "cuando hay tiempo".</p> <p>Por parte de enfermeras, empleo de comunicación estereotipada (por ej brevedad, favorecedora de respuesta con monosílabos, etc.)</p> <p>Perspectiva tecnicista (encauzada al rendimiento y eficiencia de la organización)</p> <p>Se apunta que sobre la enfermera recae un tipo de poder ejercido por parte de los médicos y ésta ejerce su propio poder y lo hace recaer sobre el paciente</p> <p>Se atribuye como "descuido educacional" el modo en que los estudiantes pueden socializarse en el ámbito comunicativo asistencial ("relacionarse con los pacientes, si no hay trabajo y queda tiempo")</p> <p>Tendencia a atribuir estereotipos de comportamientos y enfermedades de los pacientes (ej. "buenos" y "malos", etc...)</p> <p>La mayoría de los autores convergen en que las enfermeras responden a la defensiva cuando se encuentran a pacientes con angustia y ansiedad, especialmente con pacientes moribundos.</p>
M.B. Bengoechea (2001)	<p>Los estudios revisados se centran más en la evolución clínica que en el ingreso y alta</p> <p>Las intervenciones más descritas refieren momentos de preocupación o tranquilidad del paciente</p> <p>No se ha hallado ninguna investigación que estudiara de forma expresa la comunicación no verbal</p> <p>Existe una falta de humanidad e individualización en los procesos comunicativos</p> <p>Se apunta que no se halla explicación en las publicaciones revisadas, sobre ante qué emoción o qué vivencia o reacción del paciente, había que intervenir e interactuar</p> <p>Se enfatiza la poca idoneidad de la comunicación de las enfermeras y estudiantes en UCI</p> <p>Se destaca la necesidad de mostrar respeto e incluir a la familia en el proceso de cuidados</p>
Shattell, (2004)	<p>A los estudiantes les gustaba más cuidar a las personas que eran alegres, comunicativas y aceptaban su enfermedad y la atención de enfermería.</p> <p>El grupo que no tenía ninguna experiencia relacionada con la enfermería fueron mejores oyentes y menos críticos. Parece que conforme los estudiantes de enfermería adquieren más experiencia y educación, sus conductas de comunicación se hacen menos deseables.</p> <p>Habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería no mejoraron con la formación profesional y la experiencia laboral</p> <p>La participación del paciente en la comunicación es a menudo descuidada por los autores.</p>
Fleischer, et al. (2009)	<p>No hay suficiente investigación descriptiva general y conceptual para la interacción enfermera paciente y la comunicación.</p> <p>La participación del paciente en la comunicación es a menudo descuidada por los autores.</p> <p>En el discurso de las relaciones enfermera-paciente, no se encuentran con frecuencia conceptos como empatía, intimidad, y la distancia estética correspondientes a la comunicación e interacción</p> <p>Es necesario especificar qué contenido y que debería ser comunicado, especialmente sobre lo que el paciente desea que le sea comunicado por la enfermera.</p> <p>Las implicaciones para la práctica y educación en enfermería existen, aunque su eficacia carece de pruebas. Faltan estudios que sustenten intervenciones educativas para mejorar la comunicación.</p> <p>Así, no se puede concluir que la comunicación enfermera-paciente sea un factor importante para la satisfacción del paciente</p> <p>En hallazgos empíricos sobre la comunicación enfermera-paciente, han sido identificados como muy importantes: "ser auténtico" y "ser un camaleón" (comportamientos divergentes según requiera la adaptación al paciente y la situación).</p>

Nota, elaboración propia a partir de las fuentes:

- 1) May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. Journal of Advanced Nursing, 15 (3): 307-15.
- 2) Bengoechea Ibarrodo, (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6): 266-274
- 3) Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 13(6): 714-722
- 4) Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, (2009). Nurse patient interaction and communication: A systematic literature review. Journal Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften) 17 (5) :339-353.
- 5) Estudios de revisión

Tabla 2.7

Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales Confluencias entre autores 1990-2009				
Área de confluencia	May (1990)	Bengoechea (2001)	Shattell (2004)	Fleischer, et al. (2009)
Educación y estudiante	Falta de sincronía entre la teoría y la práctica enfermera El estudiante puede hablar con el paciente “si queda tiempo” (se le adjudican rutinas físicas y domésticas)	La falta de habilidades de relación en estudiantes de enfermería es más acentuada. No asocian el cuidado con la comunicación terapéutica	Conforme los estudiantes adquieren más experiencia y educación, sus conductas de comunicación se hacen menos deseables. Prefieren atender a personas alegres que aceptan enfermedad.	Las implicaciones de la práctica enfermera para las intervenciones educativas, existen, aunque su eficacia carece de pruebas. No hay suficiente investigación descriptiva general y conceptual para la comunicación y la interacción enfermera-paciente.
Educación y estudiante	Se atribuye “descuido educacional” al modo en que los estudiantes pueden socializarse en el ámbito comunicativo asistencial (“relacionarse con los pacientes, si no hay trabajo y queda tiempo”)	Se enfatiza la poca idoneidad de la comunicación desarrollada por las enfermeras y estudiantes en las unidades de críticos	Habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería no mejoraron con la formación profesional y la experiencia laboral	Mayormente faltan estudios aleatorios controlados, bien diseñados y con resultados que sustenten intervenciones educativas para mejorar la comunicación.
Aspectos emocionales	Confluencia entre autores en que las enfermeras responden a la defensiva cuando se encuentran a pacientes con angustia, ansiedad, y en especial con pacientes moribundos. Se relaciona con burnout y cultura de grupos del contexto.	No se halla explicación ante qué emoción o qué vivencia o reacción del paciente, había que intervenir e interaccionar		En el discurso de las relaciones enfermera-paciente, no se encuentran con frecuencia conceptos como empatía, intimidad y la distancia estética
Enfoque Teórico-práctico (distancia)	Perspectiva tecnicista (encauzada al rendimiento y eficiencia de la organización)	Falta de humanidad e individualización en los procesos comunicativos	Los pacientes perciben que son excluidos en su tratamiento , que se prescinde ellos	
Aspectos descriptivos (estereotipos)	Comunicación estereotipada y breve (por ej favorecedora de respuesta con monosílabos), Tendencia a atribuir estereotipos de conducta a pacientes (ej. “buenos”, malos”)	Las intervenciones más descritas refieren los momentos en que el paciente sentía menor preocupación	La tendencia de enfermeras a atribuir necesidad de tiempo para comunicarse con paciente es desafiada	Así, no se puede concluir que la comunicación enfermera-paciente sea un factor importante para la satisfacción del paciente
Paciente y Familia (“evitación”)	Si el paciente no responde acorde con indicaciones de enfermera, ésta puede agudizar la distancia o “evitarle”	Se propone y destaca mostrar respeto e incluir a la familia en el proceso asistencial del paciente	La participación del paciente y su papel en la comunicación es a menudo ignorada por los autores.	La participación del paciente en la comunicación es a menudo ignorada por los autores.
Otros (poder)	Sobre la enfermera recae un tipo de poder ejercido por los médicos y esta ejerce su propio poder y lo hace recaer sobre el paciente	No se halla ninguna investigación que estudie expresamente la comunicación no verbal		
<p>Notas: Elaboración (y negrita) propia a partir de: Fuentes: May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. Journal of Advanced Nursing, 15 (3): 307-15. Bengoechea (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6): 274 Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 13(6): 714-722 Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, (2009). Nurse patient interaction and communication: A systematic literature review. Journal Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften) 17 (5): 339-353. Algunos aspectos son ratificados entre autores, bien con nuevos estudios o a partir del empleo de referencias comunes entre ellos.</p>				

pacientes moribundos, casos en los que no responden (evaden) las emociones y reacciones del paciente (May, 1990). Igualmente, se enfatiza la poca idoneidad de la comunicación desarrollada por enfermeras y estudiantes en situaciones críticas (Bengoechea, 2001). En algún caso, se relaciona a las enfermeras con niveles muy altos de estrés laboral y como consecuencia presentaban burnout o estaban "quemadas", lo que se relaciona con el entorno de sufrimiento (May, 1990). Aunque en los estudios de esta etapa, la familia esta poco representada, ya se detecta que la relación con las familias y la gravedad del paciente genera estrés en las enfermeras (Bengoechea, 2001). *Enfoque teórico.* Existe el reconocimiento de la tendencia hacia el enfoque tecnicista o despersonalizado (se prioriza la atención física u otros aspectos de la enfermedad) en detrimento de la atención individualizada (May, 1990). Como carencias específicas de este periodo, aparte de las indicadas, se destaca la conveniencia de respetar e incluir a la familia en el proceso asistencial del paciente (Bengoechea, 2001). Otro distintivo del periodo es que se observa que la participación del paciente es a menudo descuidada por los autores en sus estudios, así como su papel en la comunicación asistencial (Fleischer et al. 2009), (Shattell, 2004), (May, 1990). Finalmente, se ha observado que expresiones como "empatía", "intimidad" y "distancia estética", se observan con poca frecuencia en el discurso de las publicaciones enfermeras (Fleischer et al. 2009).

A partir del análisis de los estudios del periodo 1990-2009, se realiza un seguimiento de publicaciones durante los años 2000-2015. Dado que el periodo anterior ha sido exploratorio general para la comunicación asistencial enfermera-paciente en adultos. A partir de los resultados obtenidos, este segundo periodo se centra en el caso de la comunicación enfermera-paciente crítico y sus familias, así como para el estudiante en estas situaciones de sus prácticas asistenciales. El criterio es que es el ámbito de focalización principal de esta tesis, teniendo en cuenta la prioridad del paciente grave y su familia ante el conjunto de pacientes menos graves. A la vez, se contempla que a partir de los estudios revisados, es el ámbito de mayor dificultad comunicativa para enfermería y estudiantes. Finalmente cabe suponer que aprender a resolver la comunicación en situaciones más difíciles, puede ser en favor de afrontar mejor situaciones comunicativas asistenciales de menor dificultad.

Segundo periodo analizado: 2000-2015. Comunicación asistencial enfermera con el paciente crítico y su familia

El seguimiento de publicaciones de este segundo periodo se establece entre los años 2000-2015 para el caso de la comunicación enfermera-paciente crítico y sus familias, así como para el estudiante durante sus prácticas asistenciales, según se apunta en el párrafo anterior. La clasificación se establece a partir de: 1) estudios realizados en el estado español; 2) estudios realizados desde la perspectiva internacional; 3) temas emergentes; 4) estudiantes de enfermería. En cada uno de estos apartados, se agrupan los estudios según su afinidad temática.

En cuanto a los estudios realizados en España (Tabla 2.8) se integran 13 estudios que al contemplar los aportados a través de las revisiones, supone un total de contenidos procedentes de 103 publicaciones. En general, se aprecia que el problema planteado con anterioridad persiste. El resumen de las necesidades de atención es el siguiente: Un conjunto de estudios refieren la necesidad de *augmentar la participación enfermera en el proceso de cuidados paciente-familia en UCI*: La participación enfermera en la atención emocional en las familias de pacientes ingresados en UCI, podría facilitar este proceso (Pardavila y Vivar, 2012). Se trata de un profesional asequible y cercano, que puede proporcionar confianza y seguridad a los pacientes y sus familiares (Muñoz; Durán, Álamo et al 2010). Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares. Las enfermeras entrevistadas no tienen clara su relación profesional con la familia (Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, 2003). En otra agrupación de estudios, se explicita la necesidad de *formación específica en comunicación con pacientes críticos y sus familias*: Se detecta la necesidad de adquirir esta competencia por parte de la enfermera (Muñoz; Durán, Álamo et al 2010). Falta formación

enfermera en aspectos comunicativos, emocionales y de soporte psicosocial a este tipo de familiares, así como espacios adecuados (Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla, 2009). Las enfermeras demandan una formación mas amplia en habilidades sociales (Blanca Gutiérrez, Blanco Alvario, Luque Pérez, Ramírez Pérez, 2008).

Las enfermeras piden formación en aspectos psicológicos como manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación (Zaforteza, Sánchez, Lastra, 2008). A nivel educacional, se debería preparar a las enfermeras para entender su papel en relación con todos los actores sociales involucrados en el proceso de atención al enfermo crítico (Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, 2003). Se demanda formación en Cuidados Paliativos. (Chocarro, González Fernández, Salvadores, Venturini, 2012). Un tercer grupo de estudios se orienta hacia la necesidad de *augmentar la participación familiar en el contacto con el paciente*. Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y la adquisición del un rol más notorio en el contexto de la visita y su relación con el paciente, lo que supondría reducir la rigidez horaria de visitas de la UCI (Errasti-Ibarrodo y Tricas-Sauras, 2012). Sin embargo, este tema es motivo de debate abierto en las UCI desde los primeros años del cambio de siglo. En general, en enfermería se apunta una tendencia más aperturista, proclive a flexibilizar dichos horarios, y otra más resistente a este cambio, en ambos casos se apuntan aspectos de protección al paciente (Pascual Fernández, 2014), (Zaforteza et al. 2012), (Zaforteza et al. 2010). En general, para flexibilizar los horarios de UCI, se argumenta favorecer la proximidad paciente-familia y en el segundo grupo, se refieren entre otros, aspectos de asepsia y evitar ruidos, que puedan molestar a los pacientes en la UCI. Otros estudios aluden el *estrés adicional* que puede suponerle a la enfermera la atención familiar. Así se apunta que el trabajo de soporte a la familia genera una demanda emocional adicional para las enfermeras que ya se encuentran trabajando en condiciones muy difíciles (Zaforteza et al. 2003). Finalmente, también se relaciona el estrés con la calidad de las relaciones interpersonales en el equipo de trabajo, en general (Cumplido, Molina, 2011).

Acerca de los estudios realizados en la perspectiva internacional (Tabla 2.9), se integran 8 estudios que al contemplar los aportados a través de las revisiones, supone un total de contenidos procedentes de 48 publicaciones. Se incluyen únicamente estudios de 2015 y 2014 con la finalidad aportar la máxima vigencia sobre el tema. Viendo que el problema persiste y además afecta a la perspectiva internacional (por ej. Ganz et al., 2015), aportan evidencias de tres países y Gallagher, et al. (2015) aportan evidencias de cinco países), para su contraste ilustrativo, se ha querido aportar también evidencia de algún ejemplo de UCI Pediátrica⁴⁹, donde se demuestra que el problema afecta por igual que en el caso de pacientes adultos. Así, en general, se aprecia que las dificultades de atención familiar por parte de enfermería persisten, aunque la preocupación mostrada por las enfermeras a través de los estudios, da a entender voluntad de cambio y se vislumbran rasgos de temas emergentes según se explican a continuación. *En Israel, Reino Unido, y Australia*, la calidad de la comunicación se encontró baja en general en todos los casos (estudio que integra los tres países), (Ganz et al. 2015). *Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina*: Se sugiere educación ética, culturalmente sensible y apoyo en el duelo para los diferentes contextos culturales (estudio que integra cinco países) (Gallagher et al. 2015). *Brasil*: estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancer, observa un tipo de relación paternalista y distanciamiento. Lo interpreta como prejuicios y temores ante el cáncer por parte de enfermería, reconociendo que el cáncer se considera un tabú y es preciso reconocer que paciente y familia constituyen una dualidad indisoluble (Miranda da Silva, da Silva Lima, 2014). *Australia*: En relación con el soporte emocional a familias en UCI Pediátrica, se apunta que no hay estudios que evalúen estrategias para mejorar

⁴⁹ El presente trabajo se focaliza en la etapa adulta en general (desde la perspectiva general de la asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud de primer curso, en el grado de enfermería), contemplando, delimitando y respetando que en el curriculum de dicho grado, existen asignaturas que presentan sus propios contenidos (ya sea según etapas de la vida, por ej pediatría y geriatría o por especialidades, por ej. enfermería psiquiátrica y de salud mental) que hacen sus propias aportaciones especializadas y expertas al respecto. Ello no exime alguna alusión, como la de familias de pacientes de UCI Pediatría, como ejemplo que favorece una idea mas aproximada de que el problema que se plantea en relación a las familias es más o menos generalizado en los cuidados críticos.

Tabla 2.8

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos 2000-2015: España			
Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
1. Pascual Fernández, (2014).	Estudio observacional realizado a enfermeras de UCI pediátrica y de adultos de hospitales públicos de alta complejidad. Madrid capital. Instrumento utilizado: Cuestionario evaluación de cuidados a niños que fallecen en UCI pediátrica.	Percepción enfermera: la información a veces es suficiente y otras insuficiente. En general la encuentran adecuada al pronóstico y etapa de final de la vida. También el lugar donde informa el médico (aparte a solas con familiares). En el fallecimiento, con diferencias significativas, fueron más empáticas las enfermeras de la UCI pediátrica.	
2. Pardavila y Vivar (2012).	Revisión con selección de: 30 artículos , de los cuáles: 11 son revisiones, 7 estudios cualitativos y 12 cuantitativos.	Se manifiesta "crisis vital" en la familia, con dinámica familiar. Se siente aislada, pide visitas menos restrictivas. Paciente: el ingreso le produce sensaciones traumáticas (miedo, ruptura desamparo, aislamiento soledad, desorientación, dolor, angustia...). Paciente y familia: desean "permanecer juntos todo el tiempo posible". La información obtenida se considera escasa.	Identificados cuatro tipos de necesidades en familias: cognitivo, emocional, social y práctico. El cuidado emocional de la enfermera podría facilitar este proceso.
3. Zaforteza et al. (2012).	Estudio cualitativo. Investigación acción participativa. 11 grupos de discusión con profesionales, 5 entrevistas en profundidad a profesionales, diarios de campo de los participantes y diario de campo de la investigadora principal.	Apertura horarios UCI por necesidad familiar. Opinión de enfermeras: Dos posiciones: a) enfermeras más más proclives a flexibilidad horaria b) enfermeras mas proclives a horarios restringidos. En ambos casos se argumenta protección paciente.	
4. Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras, (2012).	Estudio de revisión. Se identificaron un total de 15 publicaciones que respondían al objetivo de la búsqueda. Se realiza análisis temático.	Se identificaron 4 temas que incluyen los principales efectos derivados de las políticas de visita flexible para los familiares del paciente crítico: mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y el rol en el cuidado del paciente. Son beneficiosas, y constituyen una necesidad.	Se considera necesario favorecer la paulatina participación de la familia en el cuidado y un rol más notorio en el contexto de la visita al paciente.
5. Chocarro et al. (2012).	11 grupos de discusión y 15 entrevistas semi-dirigidas a profesionales que trabajan en UCI, Urgencias y Plantas de hospitalización de adultos, en un hospital de agudos.	El 100% de los profesionales opina que la UCI y las Urgencias no son los lugares más apropiados para morir y que las Plantas de hospitalización no cuentan con espacios adecuados para ofrecer una muerte digna. Identifican distintos tipos de muerte según el servicio donde ocurra la muerte, así como prejuicios que las familias elaboran sobre su relación con la muerte. En hospital, nuevas formas de organizar, hablar y pensar en la muerte disminuirían el sufrimiento y la soledad de pacientes, familias y sanitarios.	Demandan formación en Cuidados Paliativos. Emerge con mucha fuerza la familia como objeto de cuidados y la importancia de la información en el proceso de la muerte.
<p>Notas:</p> <p>Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia): Pascual Fernández, (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en UCI. Evaluación por parte de las enfermeras. Enfermería Clínica, 24(3):168-174.</p> <p>Pardavila y Vivar (2012). Necesidades de la familia en las UCI. Revisión de la literatura, Enfermería Intensiva, 23 (2):51-67.</p> <p>Zaforteza, García Mozo, Amorós, Pérez Juan, Maqueda, Delgado (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en atención a los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva 23(3): 121-131</p> <p>Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras, (2012). La visita flexible en las UCI: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva, 23(4), 179-188.</p> <p>Chocarro, González Fernández, Salvadores, Venturini (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Medicina Paliativa 19(4): 148-154</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.8/2

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos 2000-2015: España			
Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
6. Cumplido, Molina (2011).	Estudio descriptivo transversal, cuantitativo y cualitativo. Instrumento: encuesta con datos sociodemográficos, Maslach Burnout Inventory (MBI) y relato extenso de una situación percibida como estresante en relación a la atención del dolor y la muerte (anónimo y autoadministrado).	El 20% de los profesionales de UCI identifican la atención al dolor y la muerte como principal factor de estrés. Más del 50% de los profesionales puntúan <i>bajo</i> en las tres subescalas del MBI. En relatos se interrelaciona con el estrés: el 44,4% preocupación por la atención a la familia, el 38,9% identifica un conflicto interpersonal, el 22,2% se refiere a la inutilidad del trabajo realizado. Un 16,7% solo asocia el estrés con el dolor y la muerte. El 5,6% aprecia el apoyo de compañeros como factor protector frente al estrés profesional.	La principal preocupación de enfermería en UCI es la atención a la familia del paciente en situación terminal, siempre difícil por el régimen de visitas restringido. La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.
7. Muñoz et al (2010).	Investigación observacional, descriptiva y longitudinal (2007-2008) realizada en hospital universitario de Sevilla. 20 entrevistas semi-estructuradas en 28 pacientes. Objetivo: conocer la influencia de la intervención de la enfermera, en ayudar en el afrontamiento del paciente y de la familia frente a un diagnóstico grave.	Escasa presencia de la enfermera ante malas noticias o un diagnóstico grave. Entre sus resultados expone: que el 90% de los pacientes quieren conocer su diagnóstico y que la enfermera sólo estuvo presente en el 30% de casos ante malas noticias.	Concluye con la necesidad de adquirir esta competencia enfermera, por ser un profesional asequible y cercano, que puede proporcionar confianza y seguridad a los familiares
8. Zaforteza et al. (2010).	Investigación-acción participativa en una UCI. Se consensúan 4 propuestas de cambio de los cuidados a los familiares en UCI, entre ellas, ampliar horarios de visita. Objetivo fue conocer opinión profesional.	Apunta que aunque los profesionales de UCI son reticentes, aceptan ampliar los horarios de visita, reconociendo que la estructura física es una barrera importante.	
9. Santana et al. (2009).	Estudio transversal y descriptivo en enfermeras de UCI de un hospital universitario de tercer nivel. Instrumento: Anónimo. «Nurse Activities for Communicating with Families» (NACF) modificado. Valora las actividades de enfermería en relación con la comunicación con los familiares de pacientes. Muestra: 70 enfermeros/as (87,5% del personal).	Un 47% (33) sólo habla en algunas ocasiones con el familiar sobre la enfermedad o el tratamiento aplicado y un 61% (43) sobre los tratamientos que se utilizan. Un 17% (12) pregunta habitualmente sobre la información que han recibido del médico y un 20% (14) no habla nunca con los familiares sobre sus sentimientos. Un 26% (18) no recuerda nunca con el familiar aspectos sobre la vida del paciente. A mayor edad del personal entrevistado más pregunta sobre la vida del paciente ($p=0,044$). Sólo un 48% (34) comunica en algunas ocasiones cambios en el plan de cuidados y cuanto mayor es el tiempo trabajado, menos se informa de ellos ($p=0,028$).	Falta formación enfermera en aspectos comunicativos, emocionales y de soporte psicosocial a este tipo de familiares y espacios adecuados. Detectada: ausencia generalizada de actividades de enfermería en relación con la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados.
<p>Notas:</p> <p>Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <p>Cumplido, Molina (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de UCI. <i>Medicina Paliativa</i> 18(4): 141-148.</p> <p>Muñoz; Durán, Álamo et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. <i>Parainfo Digital</i>, 8.</p> <p>Zaforteza, Garcia Mozo, Quintana, Sanchez Calvin, Abadia, Miró (2010). Abrir la UCI a los familiares: ¿que opinan los profesionales?. <i>Enfermería Intensiva</i> 21(2): 52-57</p> <p>Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en UCI. <i>Enfermería Clínica</i> 19(6):335-339.</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.8/3

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos 2000-2015: España Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
10. Blanca Gutiérrez et al. (2008).	Meta-estudio tipo revisión sistemática cualitativa. 21 estudios incluidos.	Se concluye que los pacientes-familias demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada, humanización.	Enfermeras demandan una formación mas amplia en habilidades sociales y recursos asistenciales para este tipo de atención
11. Zaforteza et al. (2008).	Revisión. Estudio cualitativo. Análisis de 24 artículos localizados entre 1993 y 2004.	Indagan sobre necesidades de familiares de pacientes en UCI, desde perspectiva enfermera. Apuntan, que las enfermeras quieren ayudar a los familiares aunque apuntan que para ello es necesario completar su formación.	Enfermeras piden formación en aspectos psicológicos como manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación.
12. Zaforteza et al. (2004).	Estudio cualitativo de orientación crítico-social. Parte de uno mas amplio. Realizado en 3 UCI de 3 hospitales públicos de Mallorca. Técnicas de investigación: 8 observaciones de visita de familiares a la unidad y 6 entrevistas semi-estructuradas a enfermeras de los tres hospitales.	Hay enfermeras que desean flexibilizar horarios en UCI. Hay una cierta resistencia a la centralidad de los(as) médicos(as) en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares. Se percibe voluntad de cambio, con distintos grados de compromiso, hacia mayor implicación enfermera con familiares del paciente crítico.	Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares.
13. Zaforteza et al. (2003).	Estudio cualitativo de orientación crítico-social. Parte de uno más amplio. Realizado en 3 UCI de 3 hospitales públicos de Mallorca. Técnicas de investigación: 8 observaciones de visita de familiares a la unidad y 6 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de los tres hospitales	Se apunta que hay una falta de estándares de calidad en relación a los cuidados hacia la familia. Las enfermeras funcionan con familias como si se tratara de relaciones habituales, con más o menos cercanía, según afinidad.	Enfermeras piden formación en aspectos como manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación. Las enfermeras entrevistadas no tienen clara su relación profesional con la familia. A nivel educacional, se debería preparar a las enfermeras para entender su papel en relación con todos los actores sociales involucrados en el proceso de atención al enfermo crítico. El trabajo de soporte a la familia genera una demanda emocional adicional para las enfermeras que ya se encuentran trabajando en condiciones muy difíciles.
<p>Notas:</p> <p>Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia): Blanca Gutiérrez, Blanco Alvaríño, Luque Pérez, Ramírez Pérez (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. <i>Enfermería Global</i>: 1-12 Zaforteza, Sánchez, Lastra (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. <i>Enfermería Intensiva</i>, 19 (2):61-70. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro Gómez, Lastra, (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: Indicios para el cambio. <i>Nure Investigación</i>, nº 3, Marzo: 1-7 Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de UCI de su relación con los familiares del paciente crítico? <i>Enfermería Intensiva</i> 14 (3):109-119. Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.9

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos 2000-2015: internacional			
Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
1. Ganz et al. (2015)	Israel, Reino Unido, Australia. Estudio cuantitativo; n= 157 de conveniencia 157 casos en siete UCI. La calidad del traspaso fue evaluado en base a una herramienta desarrollada por los autores. Objetivo: valorar la calidad de la atención de enfermería en esta etapa y comparar prácticas de UCI entre países.	La calidad de la comunicación se encontró mejorable en todos los casos y fue mejor cuando la familia estaba presente o se esperaba que el paciente muriera. Enfermería, brinda la mayor información ante el dolor y cuidados e inferior en el resto de situaciones. Falta consenso sobre que se considera “final de vida” (medidas a adoptar, cambios culturales, cuestiones legales en torno a la muerte y UCI).	La calidad de la comunicación se encontró mejorable en general en todos los casos.
2. Gallagher et al. (2015).	Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina. Estudio cualitativo. Análisis de datos con teoría fundamentada. 51 Entrevistas (9-12 por país) a enfermeras de UCI de hospitales de cinco países.	Consenso en los cinco países, en aspectos conceptuales de prácticas enfermeras en UCI. Hubo diferencias de percepción en la dinámica de poder en las relaciones enfermera-médico, que afectan a perspectivas culturales sobre la muerte y el morir y en los cuidados paliativos.	Se sugiere educación ética, culturalmente sensible y apoyo en el duelo para los diferentes contextos culturales.
3. Miranda da Silva et al. (2014)	Brasil. Investigación descriptiva, cualitativa, realizada en el Instituto Nacional del Cáncer, 2013. con 17 enfermeras/os. Objetivo: comprender la perspectiva de enfermería sobre participación familiar en la hospitalización en cuidados paliativos oncológicos y analizar las estrategias para satisfacer sus necesidades.	Emergen prejuicios y temores ante el cáncer, que se considera un tabú que favorece una relación paternalista y distanciamiento. Los aspectos positivos provienen de cuidados en el domicilio. La familia debe ser una unidad de cuidados. El paciente y su familia forman una pareja inseparable, a menudo experimentan dificultades emocionales, sociales, económicas y culturales que imponen límites para hacer frente con la situación.	Emergen prejuicios y temores ante el cáncer, que se considera un tabú que favorece una relación paternalista y distanciamiento.
4. Butler et al. (2015).	Victoria (Australia). Estudio descriptivo con análisis temático y controles. Cinco enfermeras participaron en entrevistas semiestructuradas. Se explora percepción de enfermeras en el trabajo con familias de niños graves ingresados en UCI.	El valor y el tiempo dedicado por las enfermeras a las familias se relacionan con la cultura más amplia de la UCIP. Hay un potencial de confusión de roles, entre enfermera y familia. La gestión de la información y el entorno físico de la UCIP contribuyó aún más a la complejidad de trabajar con las familias.	Necesidad de formación para enfermería y para personal médico que trabaja con familias de niños gravemente enfermos. La política de cada UCIP, es crucial para guiar la práctica y sobre la presencia familiar
<p>Notas:</p> <p>Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados.</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <p>1. 1. Ganz, Endacott, Chaboyer, Benbinisthy, Ben Nun M, Ryan, Schoter, Boulanger, Chamberlain, Spooner (2915) . The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study International Journal of Nursing Studies 52 (1): 49-56</p> <p>2. Gallagher, Bousso, McCarthy, Kohlen, Andrews, Paganini, Abu-El-Noor, Nasser Ibrahim, Cox, Haas, Arber, Abu-El-Noor, Mysoon, Freire, Padilha (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses’ end-of-life decision making in the ICU. International Journal of Nursing Studies, 52 (4): 794-803.</p> <p>3. Miranda da Silva; da Silva Lima, (2014) Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2014 dez;35(4):14-9.</p> <p>4. Butler A, Willetts G, Copnell B (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. Nurs Crit Care, May 29</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.9/2

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos 2000-2015: internacional			
Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
5. Butler et al. (2014).	Australia. Revisión. 1990-2014. Dieciocho estudios fueron incluidos.	La atención centrada en la familia (ACF) en UCI Pediátrica (UCIP) plantea varios desafíos: Discrepancia entre enfermeras y padres en cuanto a sus funciones, la renuencia de personal médico para compartir información potencialmente negativa o que cambia rápidamente, la presencia restrictiva de la familia y la mala comprensión de las necesidades de la familia surgieron como las principales dificultades.	Faltan estudios sobre estrategias para mejorar la ACF en UCIP. Enfermería puede favorecer información precisa y honesta y abogar por la presencia familiar.
6. Tembo et al. (2015)	Australia. Estudio (Van Manen 1990) fenomenológico, hermenéutico. Objetivo: Describir la experiencia de personas que experimentaron la enfermedad crítica en UCI. Entrevistas grabadas dos semanas posteriores al alta y seis-once meses después. Doce participantes entre 20 y 76 años con una estancia de UCI de 3 a 36 días, reclutados de 16 UCI. Parte de un estudio más amplio sobre experiencias de interrupción de sedación en UCI.	Se estudian los apuros de comunicación en curso en pacientes después de la hospitalización de UCI. Una de las conclusiones principales es la percepción de "estar en la expectativa" "seguir aprisionado". Se trata de plantear orientación para nuevos modelos de cuidado y soporte y mitigar las incumbencias de comunicación de este tipo de pacientes y plantear investigación adicional para beneficiarles.	Muy importante es el cuidado adicional recomendado, para no dañar las cuerdas vocales afectadas por la intubación y la ventilación mecánica
7. Egerod et al. (2015)	Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia. Estudio cualitativo. Revisión 2012-13 para reinterpretar estudios nórdicos recientes con experiencia en pacientes de UCI y obtener una descripción actual del sufrimiento humano ante una vida amenazada. Enfoque hermenéutico gadameriano. Integra 22 estudios (13 Suecia, 5 Noruega, 3 Dinamarca y 1 de Finlandia). Incluyeron 188 pacientes; 97 H y 91 M.	Se sugiere que los pacientes con enfermedad potencialmente mortal descienden a un estado liminal, donde se enfrentan a la vida o la muerte, a la soledad y la incertidumbre. Existe ansiedad que más tarde se relata como pesadilla o alucinaciones. Las enfermeras y la familia juegan un papel importante en ayudar al paciente en esta transición. Enfermería en países nórdicos esta influenciada por filosofías continentales de cuidar a cada ser humano como único	El sufrimiento humano en UCI sigue siendo evidente aunque la sedación lo hace más ligero y el medio ambiente es más humano.
8. Johansson et al. (2015)	Suecia. Método cualitativo con enfoque hermenéutico. Once participantes, fueron entrevistados y registraron nueve diarios en total. Los datos fueron analizados utilizando un enfoque hermenéutico inspirado en Gadamer.	El diario simbolizaba el mantenimiento de las relaciones con los pacientes (como "estar en contacto") y fue un sustituto de las oportunidades habituales de comunicación. Fue fundamental en la satisfacción de las necesidades de varias maneras, en la mayoría de miembros de familias.	El diario tuvo efectos negativos (estrés, culpa, fracaso y otros detalles íntimos) para ciertos individuos. Se destaca la importancia de un enfoque individualizado.
<p>Notas:</p> <p>Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados</p> <p>b) Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <p>5. Butler A, Copnell B, Willetts G (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 23(15-16):2086-2100</p> <p>6. Tembo, Higgins, Parker, (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. <i>Intensive & Critical Care Nursing</i> 31 (3): 171-178.</p> <p>7. Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, Storli (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. <i>International Journal of Nursing Studies</i> 52 (8): 1354-1361</p> <p>8. Johansson, Hanson, Runeson, Wåhlin (2015) Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. <i>Intensive & Critical Care Nursing</i> 31 marzo</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

la atención centrada en la familia de niños ingresados en UCI Pediátrica (se trata de una revisión que integra el periodo 1990-2014 y se incluyen dieciocho estudios), en consecuencia, se pone de relieve la necesidad de la educación, tanto para enfermería como para otros profesionales que trabajan con familias de niños gravemente enfermos (Butler, Willetts, Copnell, 2015).

De esta revisión puede considerarse que surgen algunos *temas emergentes*, cuya atribución proviene de la siguiente reflexión: estudio de Australia, se interesa tras el alta asistencial por pacientes que han estado ingresados en UCI con intubación y ventilación mecánica y quiere conocer la evolución posterior, en relación con las cuerdas vocales y su posible afectación en la comunicación. Se trata de un aspecto cualitativo de excelencia en el cuidar. En particular, el contemplar investigar este tipo de *cuidados posteriores a la hospitalización y seguimiento tras el alta*, le atribuye un valor añadido a la asistencia tradicional, que se centra más habitualmente, en el periodo de ingreso hospitalario del paciente (Tembo et al. 2015). Otro caso es el estudio de Suecia, que promueve la realización de *diarios narrativos* a familiares de pacientes ingresados en UCI. Forma parte de una estrategia innovadora, que puede ser útil en situaciones en las cuales la enfermera no puede comunicarse o brindar el apoyo necesario a las familias. En este sentido es un recurso del que se han reconocido beneficios terapéuticos en relación con situaciones de tristeza, ansiedad por pérdida y duelo (ej. White y Epston, 2008), de manera que se describe como una forma de "estar en contacto" con el ser querido. Sin embargo, si bien fue beneficioso en algunos casos, en otros el diario tuvo efectos negativos (estrés, culpa, fracaso y otros detalles íntimos) para ciertos individuos, por ello se destaca la importancia de un enfoque comunicativo individualizado (Johansson et al. 2015). Finalmente la cualidad emergente de un tercer estudio, proviene de ser la excepción del conjunto analizado, en la medida que no problematiza la atención familiar ante la gravedad como el resto de estudios. Se trata del trabajo realizado en los países Nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, que integra 22 estudios), y se interesa por el sufrimiento humano en pacientes graves y sus familias. En este sentido reconoce que dentro del sufrimiento inevitable, los cuidados individualizados y la sedación favorecen una experiencia menos traumática para el paciente y su familia, en este difícil periodo de final de la vida. Por lo tanto, se da a entender que alguna salida relativamente favorable es posible, a toda la problemática planteada en este apartado de necesidades comunicativas en pacientes graves y sus familias. En sus resultados indica que el sufrimiento sigue siendo evidente, aunque la *sedación* lo hace más ligero y *el medio ambiente es mas humano* donde colaboran de forma individualizada la enfermera y la familia del paciente (Egerod, et al. 2015).

En cuanto a estudiantes de enfermería y fin de vida, (Tabla 2.10) surgen los siguientes estudios: *Necesidad de formación específica. España:* La formación para futuras enfermeras debería incluir estrategias para el desarrollo de competencias sociales y emocionales, lo que ayudaría una atención compasiva centrada en el paciente a la vez que minimizaría la angustia del proceso. (Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado 2015). *España:* La capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias, minimizando el impacto de la muerte con prevención de la fatiga emocional. (Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras (2014). *EEUU:* La educación enfermera debe proveer de conexiones significativas entre el estudiante, el programa, la experiencia práctica y el paciente moribundo. (Hold Blake, Ward, 2015). *México:* Se estudia el miedo a la muerte en estudiantes de enfermería de los cuatro cursos de formación y se contrasta con el miedo a la muerte de las profesionales enfermeras. En los resultados, en general, se pone de relieve un miedo medio alto. Estableciendo similitudes entre los resultados de primer curso y cuarto con las profesionales, donde el miedo sería algo menos agudo y más intenso en los cursos intermedios segundo y tercero. La relación que se establece es en función del tipo de experiencia adquirida (en primero los estudiantes no han ido a prácticas, en cuarto han podido adquirir estrategias de desempeño y en segundo y tercero los estudiantes estarían viviendo (o encarando) la experiencia más próxima a la gravedad (Mondragón-Sánchez, Torre Cordero, Morales Espinoza, Landeros Olivera, 2015). *España:* Tesis doctoral que a través del estudio en una muestra de estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña, pone de relieve, entre otros aspectos, la baja cifra de estudiantes (en torno a 4% en Andalucía y 7% en Cataluña) que

se siente preparada para encarar situaciones de gravedad y de afrontamiento de la muerte. Perfil una orientación formativa en inteligencia emocional en enfermería (Collell Brunet, 2005). *España*: mediante el estudio a través de estudiantes de enfermería en prácticas, apunta que lo que más estrés genera a los estudiantes es el desconocimiento de las situaciones clínicas y situaciones en las que no saben como actuar (Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón, 2013). Un resumen de aportaciones de autores de todo el periodo 2000-2015, figura en las Tablas 2.11, 2.12 y la confluencia de sus aportaciones, se muestra en las Tablas 2.13, 2.14. Las aportaciones de autores relacionadas con estudiantes se resumen en la Tabla 2.15 y las confluencias entre estos autores referidos a estudiantes, se integran en la Tabla 2.16.

A nivel ilustrativo, un estudio contrastó información entre familias de España y Canadá con pacientes ingresados en cuidados críticos. En sus resultados destaca: en España el 63,2% concedía muchísima importancia a poder estar cerca del paciente ingresado, frente al 38,9 % en Canadá (Grupo Singer, 1999). Por otro lado, en Canadá se prioriza evitar una inapropiada prolongación del proceso de morir 61,1% frente al 35,1% en el referido estudio español. El estudio orienta sobre la necesidad de seguir investigando, dado el desbordamiento al que se ven sometidos estos familiares de pacientes graves, en relación con su dinámica habitual. (Ballester, Gil Juliá, Gil Llario y Gomez Martínez, 2011:47). Otro referente de interés es fruto de implementar en España y Canadá el *Liverpool Care Pathway (LCP)*, (programa de calidad para secuencias de cuidado integral sistemáticas, empleado en ámbito cultural anglosajón) para personas en situación de últimos días (SUD). El objetivo es proporcionar calidad y excelencia en la atención a los pacientes y sus familias en esta etapa asistencial, mejorando la comunicación y la continuidad del cuidado interdisciplinario. El estudio de referencia explora la percepción⁵⁰ de los profesionales implicados en el proceso, en España y también en Argentina. La principal dificultad es que, salvo excepciones, no existe un reconocimiento de la situación de últimos días (SUD). Los autores del estudio en España, refieren que debería prestarse más atención a los cuidados espirituales en dicha etapa. También que a medida que se acerca el final de la vida, pueden aparecer problemas de comunicación en el interior del equipo debido a las distintas visiones socioculturales de los integrantes. En las conclusiones se apunta que la percepción esta mediada por la cultura y que las investigaciones deben contemplar estrategias para poder dar cuenta de esta complejidad constitutiva del fenómeno (Tripodoro et al. 2015: 84-96). Estos contenidos presentan interés añadido para este estudio, al tratar sobre formación enfermera en una sociedad multicultural, que atañe tanto a la procedencia de los estudiantes como a los pacientes que deberán atender dichos estudiantes de enfermería como futuros profesionales.

Finalmente, se plantea un **resumen final de aportaciones de los dos periodos analizados** en base a la información que aportan los estudios seleccionados. Se destaca que la formación en comunicación es imprescindible en el caso de enfermería en general y en particular, en el caso de enfermos graves y sus familias. Al contrastar los periodos analizados en la (Tabla 2.17) destaca lo siguiente: **Periodo 1990-2009**, como rasgos más relevantes, surge la relación de los cuidados de enfermería con el **trabajo físico y doméstico** presente en estudios procedentes de la década de los años 80 y 90 en el ámbito anglosajón (de estas décadas no se ha podido obtener ningún estudio de investigación realizado en España). Cabe tener en cuenta que se describe que el estudiante puede hablar con el paciente "si queda tiempo" lo que no favorece que pueda interiorizar lo que es la atención individualizada destacada en la formación enfermera. A través del mismo estudio, queda patente que en esa etapa, la socialización del estudiante de enfermería se produce en muy malas condiciones cara a los objetivos de esta formación (el autor lo refiere como "descuido" educacional) (May, 1990). Posteriormente, se pone de relieve que la **comunicación asistencial en UCI, es también muy deficitaria**, tanto para las enfermeras como para los estudiantes (Bengoechea, 2001). Catorce años después del estudio de May, (1990), se afirma que **la comunicación del estudiante de enfermería con el paciente, empeora conforme adquiere experiencia y educación** (Shatell, 2004) y finalmente **tras casi veinticinco años del trabajo de May (1990), se sigue argumentando la necesidad de formación enfermera en**

⁵⁰ Según el estudio, se entiende por percepciones el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación del medio externo de los cuales obtenemos información acerca de nuestro hábitat y las acciones que efectuamos en el, y los input internos que son dadores de significado. (Tripodoro, Luxardo, Veloso, et al. 2015: 86).

Tabla 2.10

Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida 2000- 2015			
Autor, año	Método	Resultados/rasgos principales	Aspectos adicionales
1. Edo-Gual et al. (2015).	España. Cataluña. Transversal-correlacional. Objetivo: analizar la relación entre las actitudes ante la muerte, la inteligencia emocional, la capacidad de recuperación y la autoestima en una muestra de estudiantes de pregrado de enfermería; n=760 estudiantes de enfermería de cuatro escuelas de enfermería en España. Datos: 2013-2014. Cuestionario de auto-informe que evalúa: el miedo a la muerte (Collett-Lester Miedo a Escala Muerte), ansiedad ante la muerte (Ansiedad Muerte Inventory-Revised), percibe la inteligencia emocional (Trait Meta-Mood Scale, con sus tres dimensiones: la atención, claridad y reparación), resiliencia (Breve Escala de Afrontamiento resistente) y la autoestima (Rosenberg Escala de Autoestima). Se calcula estadística descriptiva, análisis de varianza, diferencias de medias, correlaciones y análisis de regresión.	Análisis de regresión lineal indicó que la atención a los sentimientos, la resistencia y la autoestima son los predictores significativos de ansiedad ante la muerte. Los resultados muestran que la ansiedad ante la muerte y el miedo a la muerte son modulados por competencias sociales y emocionales, asociadas con afrontamiento positivo.	La formación para futuras enfermeras debería incluir estrategias para el desarrollo de competencias sociales y emocionales , lo que ayudaría una atención compasiva centrada en el paciente a la vez que minimizaría la angustia del proceso.
2. Edo-Gual et al. (2014).	España. Cataluña. Estudio descriptivo y cualitativo hermenéutico, para explorar experiencias sobre la muerte y el morir en estudiantes de enfermería durante la practica clínica. Entrevistas semiestructuradas (n = 12) se llevaron a cabo con estudiantes de enfermería. Datos recolectados en 2012-2013. Transcripciones analizadas mediante el procedimiento de siete pasos de Colaizzi.	Se identifican cinco temas: impacto, capacitación en la atención al final de la vida, cuestiones éticas, aprendizaje, afrontamiento, crecimiento y conexiones curativas. Tema central: el enorme impacto producido por la muerte. Resto de temas fueron respuesta a y / o moduladores de este impacto. Modelo descrito derivado podría ser útil para diseñar formación y capacitar sobre la atención al final de la vida.	La capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias , minimizando el impacto de la muerte con prevención de la fatiga emocional
3. Hold, Blake, Ward (2015).	EEUU. Diseño cualitativo; n=19 estudiantes de enfermería, intencional. Habían completado un curso electivo de cuidados paliativos y fin de la vida. Tras el curso, se realizan grupos focales con participantes. Discusión basada en preguntas para conocer las experiencias más útiles en aprendizaje del estudiante. Datos de análisis temático realizado por tres investigadores.	Tres temas identificados reflejan los aprendizajes: Aprender de historias, aprendiendo a estar allí, y aprender de cuidar. Los entendimientos sobre el final de la vida han sido útiles y la atención se ha mejorado mediante la incorporación de estrategias de enseñanza que abordan estos aprendizajes.	La educación enfermera debe proveer de conexiones significativas entre el estudiante, el programa, la experiencia práctica y el paciente moribundo. (Estudio con apoyo estatal del sudeste de EEUU)
<p>Notas:</p> <p>Estudios realizados en España y ámbito internacional. Total 7 aportaciones según estudios contemplados</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <p>1. Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado (2015) Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. Journal of Clinical Nursing, 6 May DOI 10.1111/jocn.12813</p> <p>2. Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras (2014) The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. Journal of Clinical Nursing, 23(23-24): 3501-3512</p> <p>3. Hold, Blake, Ward (2015) Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. Nurse Education Today, Jun;35(6):777-81</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.10/2

Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida 2000-2015			
Referencia estudio	Características, método	Resultados	Aspectos adicionales
4. Mondragon Sanchez et al. (2015)	México. Estudio comparativo transversal realizado en estudiantes y profesionales de enfermería., n=643 en hospital tercer nivel. Se aplica Escala de Miedo a la Muerte de Collet Lester.	El promedio fue moderado alto. El puntaje más alto fue por miedo a la muerte de otros. El miedo fue inferior en estudiantes de 1º y 4º que coincidió con profesionales y más acentuado en 2º y 3º curso. La posibilidad es que en 1º no han ido a prácticas y en 4º ya han podido obtener estrategias con pacientes terminales.	
5. Benbunan-Bentata et al. (2007).	<i>España.</i> 1) Estudio descriptivo, 2) Intervención. Estudian el impacto emocional del dolor y la muerte en n= 110 estudiantes de enfermería en dos fases. 1ª etapa: explora el miedo de los estudiantes a través de dos cuestionarios (Inventario de Estrés para Estudiantes de Enfermería ad hoc) con escala de Likert de 4 puntos (0 nada, 4 mucho) que integra 11 situaciones comunes de la practicas de estudiantes. El otro mide la ansiedad (Ansiedad-Estado-Rasgo STAI) de Spielberg et al (1982).	El estrés más elevado fue para el ítem "Fase terminal y muerte de pacientes" con una media de 13,02 y el ítem con menos estrés, aparecía en el lugar 11, "Higiene corporal paciente: pudor, escrúpulos" con una media de 0,82. El estudio aporta confirmación estadística.	Estudiantes de enfermería. Estrés más elevado ante fase terminal y muerte de pacientes.
6. Collell (2005).	España. Cataluña y Andalucía. Analiza las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Cataluña y Andalucía con una intervención y diversos instrumentos.	Concluye que los estudiantes, manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente, para atender a enfermos terminales. Se sienten preparados un 7% en Cataluña y el 4,7% en Andalucía. Entre otros aspectos, apunta que a menor capacidad de reparación emocional y mas atención a los sentimientos, mas miedo a la muerte y a los muertos. Orienta la formación en inteligencia emocional para enfermería.	
7. Moya et al. (2013).	<i>España.</i> Estudio transversal descriptivo, n= 45 alumnos, 30 M y 15 H, estudiantes de Enfermería de la Universidad de Murcia. Curso académico 2010/2011. Instrumento cuestionario KEKZAK.	Las principales situaciones causantes de estrés son: a) el desconocimiento ante una determinada situación clínica, b) la impotencia e incertidumbre ante éstas y c) el riesgo a causar un daño sobre el paciente. En el extremo opuesto, las relaciones sociales, tanto con el paciente como con sus familiares se han mostrado como las fuentes de estrés menos potentes de entre las estudiadas. El estrés parece disminuir con la edad y la progresión de curas.	Mayor estrés en prácticas lo causa: desconocimiento ante una determinada situación clínica. Menor estrés: relación con paciente y familia
<p>Notas:</p> <p>Estudios realizados en España y ámbito internacional. Total 7 aportaciones según estudios contemplados</p> <p>Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <p>4. Forster E, Hafiz A (2015) Paediatric death and dying: exploring coping strategies of health professionals and perceptions of support provision. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> 21(6): 294-301</p> <p>5. Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez, Benbunan-Bentata (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería. Propuesta de intervención. <i>International Journal of Clinical and Death Psychology</i>, 7(1): 197-205</p> <p>6. Collell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral, Director J.T. Limonero, UAB). Obtenida de Internet 9.7.15</p> <p>7. Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón (2013). Stress perception in Nursing students facing their clinical practices <i>Enfermería Goba</i>, (131): 244-253</p> <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI</p> <p>La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>			

Tabla 2.11

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes Resumen de aportaciones de autores 2000-2015: España	
Autor, año	Rasgos/ características principales
1. Pascual Fernández, et al. (2014).	Percepción enfermera: la información a veces es suficiente y otras no . En general la encuentran adecuada y también el lugar donde informa el medico. En fallecimiento, más empáticas enfermeras de UCI pediátrica.
2. Pardavila y Vivar (2012).	En la familia "crisis vital" manifiesta. Se siente aislada, pide visitas menos restrictivas. Paciente: el ingreso le produce sensaciones traumáticas (miedo, ruptura, desamparo, soledad, dolor, angustia...). Paciente y familia: desean "permanecer juntos todo el tiempo posible". La información obtenida se considera escasa. El cuidado emocional de la enfermera podría facilitar este proceso.
3. Zaforteza, et al. (2012).	Sobre apertura de horarios UCI por necesidad familiar: dos posiciones ; a) enfermeras más proclives a flexibilidad horaria b) lo contrario, mantener horarios restringidos. En ambos casos se argumenta protección paciente .
4. Errasti-Ibarrondo et al. (2012).	Visita flexible para los familiares 4 mejoras : mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y participar en el cuidado del paciente. Son beneficiosas y constituyen una necesidad.
5. Chocarro, et al. (2012).	Emerge con mucha fuerza la familia como objeto de cuidados y la importancia de la información en el proceso de la muerte . El 100% de profesionales opina que UCI y Urgencias, (inclusive falta adecuación en plantas de hospitalización) no son los lugares más apropiados para ofrecer una muerte digna. Nuevas formas de organizar, hablar y pensar en la muerte disminuirían el sufrimiento y la soledad de pacientes, familias y sanitarios. Demandan formación en Cuidados Paliativos.
6. Cumplido, Molina (2011).	La principal preocupación de atención es a la familia del paciente en situación terminal, siempre difícil por el régimen de visitas restringido. La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.
7. Muñoz et al. (2010).	El 90% de los pacientes quieren conocer su diagnóstico y que la enfermera sólo estuvo presente en el 30% de casos ante malas noticias. Necesidad de adquirir esta competencia enfermera , por ser un profesional cercano, que puede proporcionar confianza a los familiares.
8. Zaforteza, et al. (2010).	Los profesionales de UCI son reticentes, aunque aceptan ampliar los horarios de visita, reconociendo que la estructura física es una barrera importante.
9. Santana et al. (2009).	En enfermería, en relación con la comunicación con los familiares detectada ausencia generalizada de actividades de los pacientes ingresados. Cuanto mayor es el tiempo trabajado, menos se informa de cambios en plan de cuidados. Falta formación enfermera en aspectos comunicativos, emocionales y de soporte psicosocial a este tipo de familiares y espacios adecuados.
10. Blanca Gutiérrez, et al. (2008).	Se concluye que los pacientes-familias demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada, humanización. Enfermeras demandan una formación mas amplia en habilidades sociales y recursos asistenciales para este tipo de atención.
11. Zaforteza, (2008).	Necesidades de familiares de pacientes en UCI, desde perspectiva enfermera: quieren ayudar a los familiares aunque para ello es necesario completar su formación. Enfermeras piden formación en aspectos psicológicos (manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación).
12. Zaforteza et al. (2004).	Hay enfermeras que desean flexibilizar horarios en UCI. Se detecta cierta resistencia ante la centralidad del proceso de información (por profesionales medicina) o en la creación de normas para la relación con los familiares. Distintos grados de compromiso, hacia mayor implicación enfermera con familiares del paciente. El papel como informadoras es insuficiente.
13. Zaforteza et al. (2003).	Se apunta una falta de estándares de calidad en relación a los cuidados hacia la familia. Las enfermeras funcionan con familias según afinidad. Se pide formación (en aspectos como: manejo estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación). Las enfermeras entrevistadas no tienen clara su relación profesional con la familia. El soporte a la familia genera una demanda formativa adicional de tipo emocional, para las enfermeras que ya se encuentran trabajando en condiciones muy difíciles.
Notas: Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados Fuentes: Elaboración y negrita propia a partir de referencias (en pagina siguiente).	

Tabla 2.11/2 Continuación: referencias bibliográficas.

Notas:

Referencias:

1. Pascual Fernández, (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en UCI. Evaluación por parte de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(3):168-174.
 2. Pardavila y Vivar (2012). Necesidades de la familia en las UCI. Revisión de la literatura, *Enfermería Intensiva*, 23 (2):51-67.
 3. Zaforteza, García Mozo, Amorós, Pérez Juan, Maqueda, Delgado (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 23(3): 121-131
 4. Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras, (2012). La visita flexible en las UCI: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(4): 179-188.
 5. Chocarro, González Fernández, Salvadores, Venturini (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina Paliativa* 19(4): 148-154
 6. Cumplido, Molina (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de UCI. *Medicina Paliativa* 18(4): 141-148.
 7. Muñoz; Durán, Álamo et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. *Parainfo Digital*, 8.
 8. Zaforteza, García Mozo, Quintana, Sánchez Calvin, Abadia, Miró (2010). Abrir la UCI a los familiares: ¿que opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva* 21(2): 52-57
 9. Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Enfermería Clínica* 19(6): 335-339.
 10. Blanca Gutiérrez, Blanco Alvaríño, Luque Pérez, Ramírez Pérez (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*: 1-12
 11. Zaforteza, Sánchez, Lastra (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19 (2):61-70.
 12. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro Gómez, Lastra, (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo: 1-7
 13. Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de UCI de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva* 14 (3):109-119.
- Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI
La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.

Tabla 2.12

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Identificación de necesidades comunicativas en familiares de pacientes	
Resumen de aportaciones de autores 2000-2015 (internacional)	
Autor, año	Rasgos/ características principales
1. Ganz et al. (2015)	Israel, Reino Unido, Australia. La calidad de la comunicación se encontró mejorable en todos los casos y fue mejor cuando la familia estaba presente o se esperaba que el paciente muriera. Enfermería, brinda la mayor información ante el dolor y cuidados e inferior en el resto de situaciones. Falta consenso sobre que se considera "final de vida" (medidas a adoptar).
2. Gallagher et al. (2015)	Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina. Consenso en aspectos de prácticas enfermeras en UCI. Diferencias de percepción en la dinámica de poder en las relaciones enfermera-medico, que afectan a perspectivas culturales sobre la muerte y el morir y en los cuidados paliativos. Se sugiere educación ética, culturalmente sensible y apoyo en el duelo.
3. Miranda da Silva; et al. (2014)	Brasil (Instituto Nacional del Cáncer). Emergen prejuicios y temores ante el cáncer , que se considera un tabú que favorece una relación paternalista y distanciamiento. El paciente y su familia, experimentan dificultades emocionales, sociales, económicas y culturales. Forman una pareja inseparable.
4. Butler et al. (2015)	Australia. UCI Pediatría (UCIP): Hay confusión de roles, entre enfermera y familia. Necesidad de formación para enfermería y para personal médico que trabaja con familias de niños gravemente enfermos. La política de UCIP es crucial para guiar la práctica y presencia familiar
5. Butler et al. (2014)	Australia. La atención centrada en la familia (ACF) en UCI Pediátrica (UCIP) plantea varios desafíos: Discrepancia entre enfermeras y padres en cuanto a sus funciones , la renuencia de personal médico para compartir información potencialmente negativa, la presencia restrictiva de la familia y la mala comprensión de las necesidades de la familia surgieron como las principales dificultades. Faltan estudios sobre estrategias para mejorar la ACF en UCIP. Enfermería puede favorecer el proceso y abogar por la presencia familiar.
6. Tembo et al. (2015)	Australia. Se estudian los apuros de comunicación en pacientes tras el alta de UCI y que han estado intubados. Conclusión principal: percepción de "estar en la expectativa" "seguir aprisionado". Se trata de plantear orientación para nuevos modelos de cuidado y soporte y mitigar las incumbencias de comunicación de este tipo de pacientes e investigar para no dañar las cuerdas vocales afectadas por la intubación y la ventilación mecánica.
7. Egerod et al. (2015)	Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia. Se sugiere que los pacientes con enfermedad potencialmente mortal se enfrentan a la soledad y la incertidumbre. Existe ansiedad que más tarde se relata como pesadilla o alucinaciones. Enfermería y familia juegan un papel clave en esta transición. Enfermería en países nórdicos cuida a cada ser humano como único. El sufrimiento en UCI esta presente, mas ligero con sedación humanidad ambiental.
8. Johansson et al. (2015)	Suecia. El diario simbolizaba el mantenimiento de las relaciones con los pacientes (como "estar en contacto") y fue un sustituto de las oportunidades habituales de comunicación en las familias y sus necesidades. El diario tuvo efectos negativos (estrés, culpa, fracaso, etc.) para ciertos individuos. Se destaca la importancia de un enfoque individualizado.
Notas: Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados Fuentes: Elaboración y negrita propia a partir de referencias (en pagina siguiente).	

Notas:

Referencias:

Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados

Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):

1. Ganz, Endacott, Chaboyer, Benbinisthy, Ben Nun M, Ryan, Schoter, Boulanger, Chamberlain, Spooner (2915) . The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study *International Journal of Nursing Studies* 52 (1): 49-56
2. Gallagher, Bousso, McCarthy, Kohlen, Andrews, Paganini, Abu-El-Noor, Nasser Ibrahim, Cox, Haas, Arber, Abu-El-Noor, Mysoon, Freire, Padilha (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision making in the ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (4): 794-803.
3. Miranda da Silva; da Silva Lima, (2014) Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014 dez;35(4):14-9.
4. Butler A, Willetts G, Copnell B (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. *Nurs Crit Care*, May 29
5. Butler A, Copnell B, Willetts G (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 23(15-16):2086-2100
6. Tembo, Higgins, Parker, (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 (3): 171-178.
7. Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, Storli (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (8): 1354-1361
8. Johansson, Hanson, Runeson, Wåhlin (2015) Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 marzo

Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI

La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.

Tabla 2.13

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes	
Confluencias entre autores 2000-2015 (España)	
Temas principales identificados	Evidencias/autores
Cuidados a la familia: Preocupación principal	(Chocarro et al. 2012), (Cumplido et al. 2011).
Demandas de la familia: información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada, humanización.	Blanca Gutiérrez, et al. (2008).
Información/comunicación: A veces suficiente, en general escasa Enfermera: como informadora insuficiente Parece que la da el médico (al menos en parte)	La información a veces es suficiente y otras no . En general la encuentran adecuada y también el lugar donde informa el medico (Pascual Fernández, 2014). Desde las familias, la información obtenida se considera escasa . (Pardavila y Vivar, 2012). Distintos grados de compromiso, hacia mayor implicación enfermera con familiares del paciente. Para las enfermeras, el papel como informadoras es insuficiente . (Zaforteza et al. (2004).
A veces, casi inexistente	Detectada ausencia generalizada de actividades en relación con la comunicación con los familiares . Cuanto mayor es el tiempo trabajado, menos se informa de cambios en plan de cuidados (Santana et al., 2009).
Poca presencialidad enfermera en malas noticias	La enfermera sólo estuvo presente en el 30% de casos ante malas noticias (frente a 90% de pacientes que quiere conocer diagnostico) (Muñoz et al. 2010).
Se reconoce que enfermera podría ayudar en el proceso	El cuidado emocional de la enfermera podría facilitar este proceso (Pardavila y Vivar 2012).
Relación profesional con la familia poco clara	Las enfermeras entrevistadas no tienen clara su relación profesional con la familia . (Zaforteza et al. 2003).
Indican falta de estándares de calidad en relación a los cuidados hacia la familia	Se apunta una falta de estándares de calidad en relación a los cuidados hacia la familia (Zaforteza et al. 2003).
Quieren ayudar a los familiares aunque para ello es necesario completar su formación .	Enfermeras piden formación en aspectos psicológicos (manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación) .(Zaforteza, et al. 2008). importancia de la información en el proceso de la muerte. Demandan formación en Cuidados Paliativos . (Chocarro et al. 2012). La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas . (Cumplido et al. 2011). Necesidad de adquirir esta competencia enfermera, por ser un profesional cercano, que puede proporcionar confianza a los familiares . (Muñoz et al. 2010). Falta formación enfermera en aspectos comunicativos, emocionales y de soporte psicosocial a este tipo de familiares y espacios adecuados . (Santana et al. 2009). Enfermeras demandan una formación más amplia en habilidades sociales y recursos asistenciales para este tipo de atención . (Blanca Gutiérrez, et al. 2008). Se pide formación (en aspectos como: manejo estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación) . El soporte a la familia genera una demanda formativa adicional de tipo emocional, para las enfermeras que ya se encuentran trabajando en condiciones muy difíciles . (Zaforteza et al. 2003).
Visita flexible para los familiares, detectadas 4 mejoras: 1) mejora de la satisfacción, 2) reducción de la ansiedad y del estrés, 3) satisfacción de las propias necesidades familiares, 4) Participar en el cuidado del paciente. Son beneficiosas y constituyen una necesidad	Errasti-Ibarrondoa et al. (2012).
Flexibilización horarios UCI	La ayuda a la familia del paciente terminal es difícil por el régimen de visitas restringido. (Cumplido, Molina, 2011). Dos posiciones: una más a favor de la apertura y otra mas resistente a la flexibilización (Zaforteza, et al. 2012). Enfermeras UCI son reticentes, (aunque aceptan ampliar los horarios de visita, reconocen la estructura física como barrera importante) (Zaforteza, et al. 2010). Hay enfermeras que desean flexibilizar horarios en UCI. (Zaforteza et al. , 2004).
Notas: Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados Fuentes: Elaboración y negrita propia a partir de referencias (en pagina siguiente).	

Notas:

Referencias:

1. Pascual Fernández, (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en UCI. Evaluación por parte de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(3):168-174.
 2. Pardavila y Vivar (2012). Necesidades de la familia en las UCI. Revisión de la literatura, *Enfermería Intensiva*, 23 (2):51-67.
 3. Zaforteza, Garcia Mozo, Amorós, Pérez Juan, Maqueda, Delgado (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 23(3): 121-131
 4. Errasti-Ibarrodo y Tricas-Sauras, (2012). La visita flexible en las UCI: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(4): 179-188.
 5. Chocarro, González Fernández, Salvadores, Venturini (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina Paliativa* 19(4): 148-154
 6. Cumplido, Molina (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de UCI. *Medicina Paliativa* 18(4): 141-148.
 7. Muñoz; Durán, Álamo et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. *Parainfo Digital*, 8.
 8. Zaforteza, Garcia Mozo, Quintana, Sanchez Calvin, Abadia, Miró (2010). Abrir la UCI a los familiares: ¿que opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva* 21(2): 52-57
 9. Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Enfermería Clínica* 19(6): 335-339.
 10. Blanca Gutiérrez, Blanco Alvariano, Luque Pérez, Ramírez Pérez (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*:1-12
 11. Zaforteza, Sánchez, Lastra (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2):61-70.
 12. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro Gómez, Lastra, (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo: 1-7
 13. Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de UCI de su relación con los familiares del paciente critico? *Enfermería Intensiva* 14 (3):109-119.
- Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI
La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.

Tabla 2.14

Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes Confluencias entre autores 2000-2015 (internacional)	
Temas principales identificados	Evidencias/autores
Cuidados a la familia: Preocupación	Total estudios integran 13 países: Israel, Reino Unido, Australia; Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina; Brasil; Dinamarca, Noruega, Finlandia, Suecia. (Australia presente en 4 estudios); (Suecia, presente en 2 estudios). <i>Israel, Reino Unido, Australia:</i> La calidad de la comunicación se encontró mejorable en todos los casos y fue mayor ante familia cuando se esperaba que el paciente muriera (Ganz et al. 2015). <i>Brasil:</i> El paciente y su familia, experimentan dificultades (Miranda da Silva et al. 2014). <i>Australia</i> UCI-Pediatria: Hay confusión de roles, entre enfermera y familia (Butler et al. 2015). <i>Australia</i> UCI-Pediatria: Discrepancia entre enfermeras y padres en cuanto a sus funciones (Butler et al. 2014).
Necesidades de la familia	<i>Brasil:</i> El paciente y su familia, experimentan dificultades emocionales, sociales, económicas y culturales . Forman una pareja inseparable (Miranda da Silva et al. 2014). <i>Australia:</i> Mala comprensión de las necesidades de la familia (Butler et al. 2014).
Información/comunicación	<i>Israel, Reino Unido, Australia:</i> La calidad de la comunicación se encontró mejorable en todos los casos . La información es mayor ante dolor y cuidados e inferior en resto de situaciones . (Ganz, Endacott, Chaboyer et al. 2015)
Poca presencialidad enfermera en malas noticias	<i>Brasil:</i> Prejuicios y temores ante el cáncer , que se considera un tabú, favorece una relación paternalista y distanciamiento . (Miranda da Silva et al. 2014)
Se reconoce que enfermera podría ayudar en el proceso	Australia: Faltan estudios sobre estrategias para mejorar la atención a la familia en UCI Pediátrica. Enfermería puede favorecer el proceso y abogar por la presencia familiar. (Butler, et al. 2014).
Relación profesional con la familia poco clara	Australia. UCI Pediatria (UCIP): Hay confusión de roles, entre enfermera y familia . (Butler et al. 2015). Australia. Discrepancia entre enfermeras y padres en cuanto a sus funciones, la mala comprensión de las necesidades de la familia surgieron como las principales dificultades. (Butler et al. 2014).
Completar formación	Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina. Se sugiere educación ética, culturalmente sensible y apoyo en el duelo . (Gallagher et al., 2015). Australia: Necesidad de formación para enfermería y para personal médico que trabaja con familias de niños gravemente enfermos. (Butler et al 2015).
Flexibilización horarios UCI	Australia: Presencia restrictiva de la familia (Butler, Copnell, Willetts 2014). Australia: La política de UCIP es crucial para guiar la práctica y presencia familiar (Butler et al 2015).
Dinámica de poder medico-enfermera	Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina: Distinta percepción en la dinámica de poder en las relaciones enfermera-medico, afectan culturalmente a la muerte y el morir y a cuidados paliativos . (Gallagher, Bousso, McCarthy, et al., 2015). Australia: Dificultad de compartir información potencialmente negativa por parte del personal medico (Butler et al. 2015)
Otros	Israel, Reino Unido, Australia: Falta consenso sobre que se considera y medidas sobre "final de vida" (Ganz et al. 2015).
Temas emergentes	Suecia. El diario simbolizaba el mantenimiento de las relaciones con los pacientes (como "estar en contacto") y fue un sustituto de las oportunidades habituales de comunicación en las familias y sus necesidades . El diario tuvo efectos negativos (estrés, culpa, fracaso, etc.) para ciertos individuos. Se destaca la importancia de un enfoque individualizado . (Johansson et al. 2015) <i>Australia.</i> Se estudian los apuros de comunicación en pacientes tras el alta de UCI y que han estado intubados. Conclusión principal: percepción de "estar en la expectativa" "seguir aprisionado". Se trata de plantear orientación para nuevos modelos de cuidado y soporte y mitigar las incumbencias de comunicación de este tipo de pacientes para no dañar las cuerdas vocales afectadas por la intubación y la ventilación mecánica. (Tembo et al. 2015) Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia: Se sugiere que los pacientes con enfermedad potencialmente mortal se enfrentan a soledad e incertidumbre . Existe ansiedad, pesadilla o alucinaciones . El sufrimiento en UCI esta presente, aunque más ligero con sedación humanidad ambiental . Destaca papel de familia y enfermera. (Johansson et al. (2015)
Notas: Estudios realizados ámbito internacional. Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados Fuentes: Elaboración y negrita propia a partir de referencias (en pagina siguiente) .	

Notas:

Referencias:

Periodo 2000-2015. Total 48 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados

Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):

1. Ganz, Endacott, Chaboyer, Benbinisthy, Ben Nun M, Ryan, Schoter, Boulanger, Chamberlain, Spooner (2015) . The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study *International Journal of Nursing Studies* 52 (1): 49-56
 2. Gallagher, Bousso, McCarthy, Kohlen, Andrews, Paganini, Abu-El-Noor, Nasser Ibrahim, Cox, Haas, Arber, Abu-El-Noor, Mysoon, Freire, Padilha (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision making in the ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (4): 794-803.
 3. Miranda da Silva; da Silva Lima, (2014) Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014 dez;35(4):14-9.
 4. Butler A, Willetts G, Copnell B (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. *Nurs Crit Care*, May 29
 5. Butler A, Copnell B, Willetts G (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 23(15-16):2086-2100
 6. Tembo, Higgins, Parker, (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 (3): 171-178.
 7. Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, Storli (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (8): 1354-1361
 8. Johansson, Hanson, Runeson, Wåhlin (2015). Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 marzo
- Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI
La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.

Tabla 2.15

Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida Resumen autores 2000-2015	
Autor, año	Resultados/rasgos principales
1. Edo-Gual et al. (2015).	España: Los resultados muestran que la ansiedad ante la muerte y el miedo a la muerte son modulados por competencias sociales y emocionales, asociadas con afrontamiento positivo . La formación para futuras enfermeras debería incluir estrategias para el desarrollo de competencias sociales y emocionales , lo que ayudaría en la compasión ante el paciente y la angustia del proceso.
2. Edo-Gual et al. (2014).	España: Se identifican cinco temas: impacto, capacitación en la atención al final de la vida, cuestiones éticas, aprendizaje, afrontamiento, crecimiento y conexiones curativas . Tema central: el enorme impacto producido por la muerte. Resto de temas fueron respuesta a y / o moduladores de este impacto. Se propone que un modelo derivado de dichos temas podría ser útil para diseñar formación y capacitar sobre la atención al final de la vida. La capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias , y reduciría efectos negativos en la experiencia el estudiante.
3. Hold et al. (2015).	EEUU: Los entendimientos sobre el final de la vida han sido útiles (identificando tres temas: Aprender de historias, aprendiendo a estar allí, y aprender de cuidar) y la atención ha mejorado mediante la incorporación de estrategias de enseñanza que abordan estos aprendizajes. La educación enfermera debe proveer de conexiones significativas entre el estudiante, el programa, la experiencia práctica y el paciente moribundo.
4. Mondragón-Sánchez et al. (2015)	Ante el miedo a la muerte, el promedio fue moderado alto. El puntaje más alto fue por miedo a la muerte de otros. El miedo fue inferior en estudiantes de 1º y 4º que coincidió con profesionales y más acentuado en 2º y 3º curso. La posibilidad es que en 1º no han ido a prácticas y en 4º ya han podido obtener estrategias con pacientes terminales.
5. Benbunan-Bentata, et al. (2007).	España: El estrés más elevado en estudiantes de enfermería fue para el ítem "Fase terminal y muerte de pacientes" con menos estrés, aparecía "Higiene corporal paciente: pudor, escrúpulos".
6. Collell (2005).	España (Cataluña, Andalucía): Los estudiantes de enfermería estudiados, manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente, para atender a enfermos terminales . Se sienten preparados un 7% en Cataluña y el 4,7% en Andalucía. Entre otros aspectos, informa que menos capacidad de reparación emocional más atención a los sentimientos y más miedo a la muerte. Orienta formación de inteligencia emocional en enfermería .
7. Moya et al. (2013).	España: Mayor estrés en prácticas lo causa: desconocimiento ante una determinada situación clínica.). Las principales situaciones causantes de estrés son: a) el desconocimiento ante una determinada situación clínica, b) la impotencia e incertidumbre ante éstas y c) el riesgo a causar un daño sobre el paciente. En el extremo opuesto, las relaciones sociales, tanto con el paciente como con sus familiares se han mostrado como las fuentes de estrés menos potentes de entre las estudiadas. El estrés parece disminuir con la edad y la progresión de curas.
<p>Notas:</p> <p>Total 7 aportaciones. Tabla de elaboración propia a partir de las fuentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado (2015) Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. Journal of Clinical Nursing, 6 May DOI 10.1111/jocn.12813 2. Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras (2014) The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. Journal of Clinical Nursing, 23(23-24): 3501-3512 3. Hold, Blake, Ward (2015) Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. Nurse Education Today, Jun;35(6):777-81 4. Mondragon-Sanchez, Torre Cordero, Morales Espinoza, Landeros Olivera (2015) Comparación del miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en Mexico. Revista Latino-Americana Enfermagem, marzo-abril 23(2): 323-8 5. Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez, Benbunan-Bentata (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería. Propuesta de intervención. International Journal of Clinical and Death Psychology, 7(1): 197-205 6. Collell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral, Director J.T. Limonero, UAB). Obtenida de Internet 9.7.15 7. Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón (2013). Stress perception in Nursing students facing their clinical practices Enfermería Global, (131): 244-253 <p>Unidad de Cuidados Intensivos: se ha empleado en su versión abreviada UCI La numeración correlativa de citas solo tiene valor organizativo en este trabajo.</p>	

Tabla 2.16

Estudios sobre estudiantes de enfermería, comunicación y fin de vida Confluencias entre autores 2000-2015	
Temas principales identificados	Evidencias/autores
ESTRÉS EN PRACTICAS: DESCONOCIMIENTO IMPOTENCIA	El mayor estrés en practicas lo causa; a) el desconocimiento una determinada situación clínica b) la impotencia e incertidumbre ante éstas (Marín et al. 2013).
MUERTE MAYOR IMPACTO	Enorme impacto de la muerte: Central en el resultado del estudio. (Edo-Gual, et al. 2014). El estrés mas elevado fue “Fase terminal y muerte de pacientes” (Benbunan-Bentata et al. 2007). El puntaje más alto fue por miedo a la muerte de otros. El promedio fue moderado alto (estudiantes y profesionales). (Mondragón Sanchez et al. 2015)
NO SE SIENTEN PREPARADOS ANTE LA MUERTE	Los estudiantes, manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente, para atender a enfermos terminales. (4,7 en Andalucía y 7% en Cataluña) (Collell, 2005).
FORMACION Orientación favorable inteligencia emocional y competencias sociales	Diseño formativo: Los cinco temas identificados (impacto, capacitación en la atención al final de la vida, cuestiones éticas, aprendizaje, afrontamiento, crecimiento y conexiones curativas), fueron respuesta a y / o moduladores del impacto de la muerte y podrían ser útiles para un diseño formativo. (Edo-Gual et al. 2014).
	La formación para futuras enfermeras debería incluir estrategias para el desarrollo de competencias sociales y emocionales , lo que ayudaría una atención compasiva centrada en el paciente a la vez que minimizaría la angustia del proceso. (Edo-Gual et al. 2015).
	Orienta la formación en inteligencia emocional. (A menor capacidad de reparación emocional y más atención a los sentimientos, mas miedo a la muerte y a los muertos (Collell, 2005).
MEJORAS A PARTIR DE FORMACION	Los entendimientos sobre el final de la vida han sido útiles y la atención se ha mejorado mediante la incorporación de estrategias de enseñanza que abordan estos aprendizajes. Tres temas identificados reflejan los aprendizajes: Aprender de historias, aprendiendo a estar allí, y aprender de cuidar (Hold et al. 2015).
<p>Notas:</p> <p>Total 7 aportaciones.</p> <p>b) Fuentes: Elaboración propia a partir de referencias (la negrita es propia):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 6 May DOI 10.1111/jocn.12813 2. Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras (2014) The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 23(23-24): 3501-3512 3. Hold, Blake, Ward (2015) Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. <i>Nurse Education Today</i>, Jun;35(6):777-81 4. Mondragon Sanchez, Torre Cordero, Morales Espinoza, Landeros Olivera (2015). 5. Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez, Benbunan-Bentata (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería. Propuesta de intervención. <i>International Journal of Clinical and Death Psychology</i>, 7(1): 197-205 6. Collell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral, Director J.T. Limonero, UAB). Obtenida de Internet 9.7.15 7. Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón (2013). Stress perception in Nursing students facing their clinical practices <i>Enfermería Gobar</i>, (131): 244-253 	

Tabla 2.17

Comunicación enfermera-paciente en servicios asistenciales Resumen de aportaciones de autores 1990-2009/2000-2015 (España e Internacional)	
1990-2009 Autores y año	Rasgos/ características principales
C. May (1990)	Falta de sincronía entre la teoría y la práctica enfermera Enfermeras, empleo de comunicación estereotipada (por ej favorecedora de monosílabos) Perspectiva tecnicista El estudiante se ocupa de tareas rutinarias físicas y domésticas . Se atribuye como "descuido educacional" el modo en que los estudiantes pueden socializarse Solo puede hablar con el paciente "cuando hay tiempo" Sobre la enfermera recae poder del médico y ella lo ejerce sobre paciente Tendencia a atribuir estereotipos a pacientes (ej. "buenos" y "malos") Las enfermeras responden a la defensiva ante pacientes con angustia y pacientes moribundos .
Bengochea (2001)	Las intervenciones más descritas refieren momentos tranquilidad del paciente Existe una falta de humanidad e individualización en los procesos comunicativos No se halla explicación ante qué emoción había que intervenir e interaccionar Se enfatiza la poca idoneidad de la comunicación de las enfermeras y estudiantes en UCI Se destaca la necesidad de mostrar respeto e incluir a la familia en el proceso de cuidados
Shattell, (2004)	El grupo que no tenía ninguna experiencia relacionada con la enfermería fueron mejores oyentes y menos críticos. Parece que conforme los estudiantes de enfermería adquieren más experiencia y educación, sus conductas de comunicación se hacen menos deseables . Habilidades de comunicación de los estudiantes de enfermería no mejoraron con la formación profesional y la experiencia laboral La participación del paciente en la comunicación es a menudo descuidada por los autores.
Fleischer, et al. (2009)	No hay suficiente investigación descriptiva general y conceptual para la interacción enfermera paciente y la comunicación . En el discurso de las relaciones enfermera-paciente, no se encuentran con frecuencia conceptos como empatía, intimidad, y la distancia estética correspondientes a la comunicación e interacción Es necesario especificar qué contenido y qué debería ser comunicado, especialmente sobre lo que el paciente desea que le sea comunicado por la enfermera. Las implicaciones para la práctica y educación en enfermería existen, aunque su eficacia carece de pruebas. Faltan estudios que sustenten intervenciones educativas para mejorar la comunicación . Así, no se puede concluir que la comunicación enfermera-paciente sea un factor importante para la satisfacción del paciente En hallazgos empíricos sobre la comunicación enfermera-paciente, han sido identificados como muy importantes: "ser auténtico" y "ser un camaleón" (comportamientos divergentes según requiera la adaptación al paciente y la situación). La participación del paciente en la comunicación es a menudo descuidada por los autores
Comunicación enfermera-paciente en cuidados críticos. Principales necesidades identificadas en familiares de pacientes: Resumen de autores 2000-2015	
2000-2015 Autores y año	Rasgos/ características principales
Pascual Fernández, (2014).	Percepción enfermera: la información a veces es suficiente y otras no . En general la encuentran adecuada y también el lugar donde informa el medico.
Pardavila y Vivar (2012).	En la familia "crisis vital" manifiesta. Se siente aislada, pide visitas menos restrictivas. Paciente: el ingreso le produce sensaciones traumáticas (miedo, ruptura, desamparo, soledad, dolor, angustia...). Paciente y familia: desean "permanecer juntos todo el tiempo posible". La información obtenida se considera escasa. El cuidado emocional de la enfermera podría facilitar este proceso.
Zaforteza, et al. (2012).	Sobre apertura de horarios UCI por necesidad familiar: dos posiciones ; a) enfermeras más proclives a flexibilidad horaria b) lo contrario, mantener horarios restringidos. En ambas se protege al paciente.
Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras (2012).	Visita flexible para los familiares 4 mejoras: mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, la satisfacción de las propias necesidades familiares y participar en el cuidado del paciente. Son beneficiosas y constituyen una necesidad.
Chocarro et al. (2012).	Emerge con mucha fuerza la familia como objeto de cuidados y la importancia de la información en el proceso de la muerte. El 100% de profesionales opina sobre falta de adecuación hospitalaria para morir. Hablar y pensar en la muerte disminuirían el sufrimiento y la soledad de pacientes, familias y sanitarios. Demandan formación en Cuidados Paliativos.

Tabla 2.17/2

Cumplido et al. (2011).	La principal preocupación de atención es a la familia del paciente en situación terminal, siempre difícil por el régimen de visitas restringido. La calidad de las relaciones interpersonales influye en la percepción del nivel de estrés de situaciones concretas.
Muñoz et al. (2010).	El 90% de los pacientes quieren conocer su diagnóstico y la enfermera sólo estuvo presente en el 30% de casos ante malas noticias. Necesidad de adquirir esta competencia enfermera , que puede proporcionar confianza a los familiares.
Zaforteza, et al. (2010).	Los profesionales de UCI son reticentes, aunque aceptan ampliar los horarios de visita, reconociendo que la estructura física es una barrera importante.
Santana et al. (2009).	En enfermería, en relación con la comunicación con los familiares detectada ausencia generalizada de actividades de los pacientes ingresados. Cuanto mayor es el tiempo trabajado, menos se informa de cambios en plan de cuidados. Falta formación enfermera en aspectos comunicativos, emocionales y de soporte psicosocial a este tipo de familiares y espacios adecuados .
10. Blanca Gutiérrez, et al. (2008).	Se concluye que los pacientes-familias demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada, humanización. Enfermeras demandan una formación mas amplia en habilidades sociales y recursos asistenciales para este tipo de atención.
Zaforteza et al. (2008).	Necesidades de familiares de pacientes en UCI, desde perspectiva enfermera: quieren ayudar a los familiares aunque para ello es necesario completar su formación . Manejo del estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación.
Zaforteza et al. (2004).	Hay enfermeras que desean flexibilizar horarios en UCI. Se detecta cierta resistencia ante la centralidad del proceso de información (por profesionales medicina) o en la creación de normas para la relación con los familiares, hacia mayor implicación enfermera con familiares del paciente. El papel como informadoras es insuficiente .
Zaforteza et al. (2003).	Se apunta una falta de estándares de calidad en relación a los cuidados hacia la familia. Se pide formación (en aspectos como: manejo estrés emocional, habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación). Las enfermeras entrevistadas no tienen clara su relación profesional con la familia. El soporte a la familia genera una demanda formativa adicional de tipo emocional, para las enfermeras que ya se encuentran trabajando en condiciones muy difíciles .
Ganz, et al. (2015)	Israel, Reino Unido, Australia. La calidad de la comunicación se encontró mejorable en todos los casos y fue mejor cuando la familia estaba presente o se esperaba que el paciente muriera . Enfermería, brinda la mayor información ante el dolor y cuidados e inferior en el resto de situaciones. Falta consenso sobre que se considera "final de vida" (medidas a adoptar).
Gallagher et al. (2015).	Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina. Consenso prácticas enfermeras en UCI. Distinta percepción en la dinámica de poder en las relaciones enfermera-medico, que afectan a perspectivas culturales sobre la muerte. Se sugiere educación ética, culturalmente sensible y apoyo en el duelo .
Miranda da Silva et al. (2014)	Brasil (Instituto Nacional del Cáncer). Prejuicios y temores ante el cáncer , que se considera un tabú que favorece una relación paternalista y distanciamiento. El paciente y su familia, experimentan dificultades emocionales, sociales, económicas y culturales . Forman una pareja inseparable.
Butler et al. (2015).	Australia. UCI Pediatría (UCIP): Hay confusión de roles, entre enfermera y familia. Necesidad de formación para enfermería y para personal médico que trabaja con familias de niños gravemente enfermos. La política de UCIP es crucial para guiar la práctica y presencia familiar
Butler et al. (2014).	Australia. Discrepancia entre enfermeras y padres sobre sus funciones . Personal médico evita compartir información potencialmente negativa. Presencia restrictiva de la familia y mala comprensión de sus necesidades. Faltan estudios sobre estrategias para mejorar la ACF en UCIP . Enfermería puede abogar y favorecer la presencia familiar.
Temas emergentes	
Tembo et al. (2015)	Australia. Se estudian los apuros de comunicación en pacientes tras el alta de UCI y que han estado intubados . Conclusión principal: percepción de "estar en la expectativa" "seguir aprisionado". Se trata de plantear orientación para nuevos modelos de cuidado y soporte y mitigar las incumbencias de comunicación de este tipo de pacientes e investigar para no dañar las cuerdas vocales afectadas por la intubación y la ventilación mecánica.
Egerod et al. (2015)	Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia. Se sugiere que los pacientes con enfermedad potencialmente mortal se enfrentan a la soledad y la incertidumbre . Existe ansiedad que más tarde se relata como pesadilla o alucinaciones . Enfermería y familia juegan un papel clave en esta transición. Enfermería en países nórdicos cuida a cada ser humano como único. El sufrimiento en UCI esta presente, más ligero con sedación humanidad ambiental .
Johansson et al. (2015)	Suecia. El diario simbolizaba el mantenimiento de las relaciones con los pacientes (como "estar en contacto") y fue un sustituto de las oportunidades habituales de comunicación en las familias y sus necesidades. El diario tuvo efectos negativos (estrés, culpa, fracaso, etc.) para ciertos individuos. Se destaca la importancia de un enfoque individualizado .

Tabla 2.17/3

Estudiantes de Enfermería. Resumen de autores 2000-2015	
Edo-Gual et al. (2015).	España: Los resultados muestran que la ansiedad ante la muerte y el miedo a la muerte son modulados por competencias sociales y emocionales, asociadas con afrontamiento positivo. La formación para futuras enfermeras debería incluir estrategias para el desarrollo de competencias sociales y emocionales, lo que beneficiaría al paciente y al estudiante en el proceso.
Edo-Gual et al. (2014).	España: Se identifican cinco temas: impacto, capacitación en la atención al final de la vida, cuestiones éticas, aprendizaje, afrontamiento, crecimiento y conexiones curativas. Tema central: el enorme impacto producido por la muerte. Resto de temas fueron respuesta a y / o moduladores de este impacto. Se propone que un modelo derivado de dichos temas podría ser útil para diseñar formación y capacitar sobre la atención al final de la vida. La capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias, y reduciría efectos negativos en la experiencia el estudiante.
3. Hold et al. (2015).	EEUU: Los entendimientos sobre el final de la vida han sido útiles (identificando tres temas: Aprender de historias, aprendiendo a estar allí, y aprender de cuidar) y la atención ha mejorado mediante la incorporación de estrategias de enseñanza que abordan estos aprendizajes. La educación enfermera debe proveer de conexiones significativas entre el estudiante, el programa, la experiencia práctica y el paciente moribundo.
Mondragon-Sanchez et al. (2015)	México: Ante el miedo a la muerte, el promedio fue moderado alto. El puntaje más alto fue por miedo a la muerte de otros. El miedo fue inferior en estudiantes de 1º y 4º que coincidió con profesionales y mas acentuado en 2º y 3º curso. La posibilidad es que en 1º no han ido a prácticas y en 4º ya han podido obtener estrategias con pacientes terminales.
Benbunan-Bentata et al. (2007).	España: El estrés más elevado en estudiantes de enfermería fue "Fase terminal y muerte de pacientes". Se requiere esta formación para enfermería.
Collell (2005).	España (Cataluña, Andalucía): Los estudiantes de enfermería estudiados, manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente, para atender a enfermos terminales (se sienten preparados un 7% en Cataluña y el 4,7% en Andalucía). Entre otros aspectos, informa que menos capacidad de reparación emocional mas atención a los sentimientos y más miedo a la muerte. Orienta formación de inteligencia emocional en enfermería.
Moya et al (2013).	España: Mayor estrés en prácticas lo causa: a) el desconocimiento ante una determinada situación clínica, b) la impotencia e incertidumbre ante éstas y c) el riesgo a causar un daño sobre el paciente.
<p>Notas:</p> <p>Periodo 1990-2001: Constan 124 estudios (a partir de contemplar revisiones, en dos estudios de revisión <i>no constan</i> los estudios incluidos)</p> <p>Periodo 2000-2015: Estudios realizados en España. Total 103 aportaciones a partir de estudios de revisión contemplados Estudios realizados en ámbito internacional: 48 estudios a partir de estudios de revisión contemplados Estudios realizados en España y ámbito internacional (Estudiantes). Total 7 aportaciones Total estudios contemplados en el análisis, como mínimo procedencia de : 282 estudios (algunos sin cuantificar)</p> <p>Fuentes:</p> <p>Periodo 1990-2000: 1) May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. Journal of Advanced Nursing, 15 (3): 307-15. 2) Bengoechea (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. Enfermería Clínica 11(6): 274 3) Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 13(6): 714-722 4) Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, (2009). Nurse patient interaction and communication: A systematic literature review. Journal Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften) 17 (5) 339-353.</p> <p>Periodo 2000-2015: España: 1. Pascual Fernández, (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en UCI. Evaluación por parte de las enfermeras. Enfermería Clínica, 24(3):168-174. 2. Pardavila y Vivar (2012). Necesidades de la familia en las UCI. Revisión de la literatura, Enfermería Intensiva, 23 (2):51-67. 3. Zaforteza, Garcia Mozo, Amorós, Pérez Juan, Maqueda, Delgado (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en atención a los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva 23(3): 121-131 4. Errasti-Ibarrodoia y Tricas-Sauras, (2012). La visita flexible en las UCI: beneficios para los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva, 23(4), 179-188. 5. Chocarro, González Fernández, Salvadores, Venturini (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Medicina Paliativa 19(4): 148-154</p>	

Periodo 2000-2015,**España:**

6. Cumplido, Molina (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de UCI. *Medicina Paliativa* 18(4): 141-148.
7. Muñoz; Durán, Álamo et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. *Parainfo Digital*, 8.
8. Zaforteza, Garcia Mozo, Quintana, Sanchez Calvin, Abadia, Miró (2010). Abrir la UCI a los familiares: ¿que opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva* 21(2): 52-57
9. Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en UCI. *Enfermería Clínica* 19(6): 335-339.
10. Blanca Gutiérrez, Blanco Alvarino, Luque Pérez, Ramírez Pérez (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*: 1-12
11. Zaforteza, Sánchez, Lastra (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2):61-70.
12. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro Gómez, Lastra, (2004). Relación entre enfermeras de UCI y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo: 1-7
13. Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de UCI de su relación con los familiares del paciente critico? *Enfermería Intensiva* 14 (3):109-119.

Internacional:

1. Ganz, Endacott, Chaboyer, Benbinisthy, Ben Nun M, Ryan, Schoter, Boulanger, Chamberlain, Spooner (2915) . The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study *International Journal of Nursing Studies* 52 (1): 49-56
2. Gallagher, Bouso, McCarthy, Kohlen, Andrews, Paganini, Abu-El-Noor, Nasser Ibrahim, Cox, Haas, Arber, Abu-El-Noor, Mysoon, Freire, Padilha (2015). Negotiated reorienting: A grounded theory of nurses' end-of-life decision making in the ICU. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (4): 794-803.
3. Miranda da Silva; da Silva Lima, (2014) Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014 dez;35(4):14-9.
4. Butler A, Willetts G, Copnell B (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric intensive care unit. *Nurs Crit Care*, May 29
5. Butler A, Copnell B, Willetts G (2014). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 23(15-16): 2086-2100
6. Tembo, Higgins, Parker, (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 (3): 171-178.
7. Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, Storli (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (8):1354-1361
8. Johansson, Hanson, Runeson, Wåhlin (2015) Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 marzo

Estudiantes:

1. Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado (2015) Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 6 May DOI 10.1111/jocn.12813
2. Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras (2014) The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24): 3501-3512
3. Hold, Blake, Ward (2015) Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. *Nurse Education Today*, Jun;35(6):777-81
4. Mondragon-Sanchez, Torre Cordero, Morales Espinoza, Landeros Olivera (2015) Comparación del miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en Mexico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, marzo-abril 23(2): 323-8
5. Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez, Benbunan-Bentata (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería. Propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Death Psychology*, 7(1): 197-205
6. Collell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral, Director J.T. Limonero, UAB). Obtenida de Internet 9.7.15
7. Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón (2013). Stress perception in Nursing students facing their clinical practices *Enfermería Gobl*, (131): 244-253

comunicación, en particular, requiriendo la necesidad de estudios que demuestren su eficacia (Fleischer et al. 2009). En consecuencia, a través de los trabajos seleccionados, y la evolución de un cuarto de siglo, todo apunta que la formación en comunicación en los estudios de enfermería, evidenciada a través de actuaciones comunicativas de profesionales y estudiantes en el ámbito asistencial, esta por resolver.

En relación con el **periodo 2000-2015**, se focaliza en **comunicación enfermera-paciente y familia en los cuidados críticos**. Una síntesis del conjunto analizado en la referida Tabla 2.17 demuestra que en la comunicación enfermera-paciente en esta área **persisten dificultades similares a las de décadas anteriores**, sin embargo desde el cambio de siglo, progresa una mayor preocupación por el cuidado familiar en relación con el paciente grave y la muerte o los cuidados paliativos. Esta descripción muestra que las enfermeras tienen serios problemas con la atención familiar y que precisan de formación específica en comunicación y habilidades para encarar este tipo de situaciones. En el caso del estudiante de enfermería, persisten también dificultades parecidas a épocas previas en relación con sus dificultades de afrontamiento ante la gravedad, sin que la formación parezca haber variado sustancialmente. En este sentido, estudios realizados en nuestro país y publicados ya sea en España o en el ámbito internacional, encauzan este requerimiento formativo y refieren que **la capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias**, reduciendo los efectos negativos del impacto de la muerte en estudiantes de enfermería (Edo-Gual et al. 2015), (Edo-Gual et al. 2014), (Collell, 2005).

Finalmente, se han referido temas con *potencial emergente*, aquellos que aportan aspectos cualitativos del cuidado en la vía de buenas prácticas para mejorar soluciones a determinados tipos de problemas. Se han referido casos como, el seguimiento de cuidados de cuerdas vocales en pacientes tras su intubación y alta de UCI (Australia) (Tembo et al. 2015); el caso del empleo de narrativas escritas para ayudar en el afrontamiento del duelo a familiares de pacientes graves ingresados (Johansson et al. 2015). Finalmente, la modalidad de cuidados a pacientes graves y sus familias, que es la excepción en este análisis y parece menos problemática dentro de la gravedad del paciente. Procede del estudio que abarca los países nórdicos, donde se apunta un ambiente no exento de sufrimiento, aunque más tranquilo con ayuda de la sedación y el entorno más humano tanto por parte de la familia, como de enfermería (Egerod et al. 2015).

Para concluir, el desarrollo de la comunicación en salud es una necesidad acuciante, según se evidencia de la documentación analizada. Este requerimiento exige un cambio de enfoque formativo que incorpore la comunicación de forma que puedan contemplarse de forma prioritaria, las necesidades del paciente en estado crítico y su familia.

2.3. Características y evolución de la enseñanza enfermera en comunicación

En el presente apartado se aborda la *formación en comunicación en los estudios de enfermería* a partir del estudio de distintas titulaciones previas al Espacio Europeo de Educación Superior: Ayudante Técnico Sanitario (ATS), Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y Grado en Enfermería (Tabla 2.18). Se trata de la formación brindada en el centro que constituye el caso escogido como estudio exploratorio de caso, Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, seleccionado como caso ejemplar, por la relevancia de este centro y según aportaciones de (Coller, 2005), justificación que se amplía en la metodología del estudio.

La enseñanza enfermera en comunicación está relacionada con la evolución de los estudios y la composición curricular de la titulación, en relación con el estado del conocimiento y la evolución social en general, sin que haya alcanzado con anterioridad la relevancia adquirida a través del Espacio Europeo de Educación Superior. No obstante, según se comenta en el apartado de contextualización del problema de este estudio, a partir de manuales de aspectos técnicos del cuidado de siglos precedentes recopilados y documentados (Domínguez Alcon, 1986: 115-116) y que señala en estudios más recientes pueden desprenderse orientaciones

sobre aspectos relacionales, que desde la perspectiva actual equivaldrían a orientaciones acerca de un buen comportamiento o actuación ética. A partir de revisiones de programas realizadas en la Escuela de Enfermería de la UB (caso exploratorio), se observa que la comunicación como tema de un programa formativo, se constata en las tres titulaciones, formando parte en todos los casos de los contenidos de Psicología General y Evolutiva (materia atribuida mediante el Boletín Oficial del Estado para los planes de estudio) indistintamente del nombre que posteriormente pueda adquirir la asignatura. Estos contenidos y ubicación no han cambiado en ninguna de las tres titulaciones indicadas, lo que más cambia en cada titulación es el enfoque filosófico de base de orientación de los estudios, que de alguna forma, condiciona la relevancia atribuida a la comunicación. Otra cuestión, son las posibilidades reales y recursos formativos en torno a como desarrollar los contenidos comunicativos, cuestión que ha generado el interés por esta investigación.

Acercas de los estudios *de Ayudante Técnico Sanitario* (ATS), la Orden 4 de julio 1955 (BOE, 2 de agosto 1955) establece las normas para la nueva organización de los estudios de ATS, en tres cursos académicos, así como las enseñanzas teóricas por cursos y su dedicación en horas, según puede observarse en la (Tabla 2.19). Entre el conjunto de contenidos, aparece la Psicología, configurada como Elementos de Psicología General en segundo curso con una dedicación de 10 horas y Psicología Diferencial Aplicada en tercer curso, con una dedicación de 20 horas. (Orden 4 julio 1955. BOE, 2 de agosto 1955). El interés por la Psicología viene justificado porque es la asignatura a la cual esta vinculada la comunicación, tema central de este estudio. En dicho plan de estudios, la importancia atribuida a las aportaciones de la psicología pueden contrastarse a partir de su dedicación en horas, en relación con otras asignaturas. Por ejemplo en el caso de la religión, aparecen 30 horas por curso y 1 h. por semana (con un total de 90 horas al final de los tres cursos), de formación política aparece 1 h. semanal en cada curso, similar al caso de la religión, etc. En consecuencia esta estructura, orienta del tipo de encauce tecnicista y el sustrato ideológico de esta formación. En programas de esa época, se puede constatar que se da un tema de comunicación en programas de diversos cursos académicos. La duración y vigencia de este plan de estudios fue de 22 años, es decir, hasta que en 1977 los estudios de enfermería pasaron a tener carácter universitario.

Sobre los estudios de la Diplomatura Universitaria en Enfermería (DUE), con la incorporación de las escuelas universitarias de enfermería a la universidad (Real Decreto 2128 de 1977), a partir de una promulgación de la ley General de Educación de 4 de agosto de 1970 (disposición transitoria 2ª, 7), la titulación de ATS cambia por el título de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE), regulado por un solo ciclo de tres años. Como no se especifica que el director de la escuela deba ser un médico, estos estudios pudieron ser dirigidos por enfermeras. En relación con planes anteriores, el de 1977, recibe una orientación a la salud y a la visión global e integral de la persona (Tabla 2.20) y no aparecen los bloques de moral, religión, formación política y educación física de estudios anteriores. La moral se imparte en algunos centros y en otros va siendo sustituida por la ética. Sobre un total de 4600 horas mínimas fijadas oficialmente, tuvieron que reducirse por adaptación a aspectos específicos de la normativa (si se cubrían unos requisitos no se podían cubrir otros, por ej en dedicación de horas semanales de los alumnos)⁵¹. La orientación oficial era del 50 por ciento de horas teóricas y prácticas. De 46 planes de estudio revisados por Domínguez-Alcón (1986), observa que en el caso de los bloques de ciencias básicas y ciencias médicas, las asignaturas de las distintas escuelas son casi siempre las mismas. En cambio, en el área de ciencias de la conducta se observa diversidad de nombres de las asignaturas (Domínguez-Alcón, 1986:142-145).

Este aspecto queda también constatado a través de una exploración que hemos realizado en 2009. Se indagó acerca del nombre o título de asignaturas de Ciencias de la Conducta y afines (troncales, obligatorias). Del análisis realizado en 47 universidades (sin incluir escuelas adscritas) 35 universidades emplearon el nombre de Ciencias Psicosociales Aplicadas, 7 Enfermería Psicosocial y salud Mental, 1 Intervención Psicosocial, 1 Relación de Ayuda (en

⁵¹ Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, Artículo 6º1 carga lectiva

Tabla 2.18

Formación enfermera en España: principales etapas		
Principios Siglo XX Enseñanza sistemática	1915: Programa de enseñanza enfermera a partir de la Congregación de Siervas de María.	Domínguez Alcon (1986), Domínguez-Alcón, Rodríguez Díaz, de Miguel (1983).
Mediados Siglo XX Unificación de títulos (ATS)	1952: ATS o Ayudante Técnico Sanitario. Se crean las bases (Decreto 27 de junio) 1953: (4 de agosto) se produce reorganización de estudios y unificación de títulos practicantes, matronas y enfermeras en título de ATS. 1955: (Orden de 4 julio). Normas para nueva organización de sus estudios.	Ministerio de Educación Nacional. Orden 4 julio 1955 (BOE de 2 de agosto de 1955) ATS. Normas para nueva organización de sus estudios.
Ultimo cuarto Siglo XX Periodo universitario Diplomado Universitario Enfermería (DUE)	1977: Diplomado Universitario de Enfermería	Real Decreto 2128/1977 de 23 julio sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería (BOE núm. 200, de 22 de agosto de 1977).
1ª década Siglo XXI Grado de Enfermería (EEES)	2009-2010: Grado de Enfermería. Adhesión del estado español al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), para la enseñanza universitaria. La implementación se fija en el curso 2009-2010 para todas universidades.	Real Decreto 55/2005: Grado y Real Decreto 56/2005: Postgrado. Real Decreto 1393/2007: ordenación de las enseñanzas universitarias (29 de octubre, BOE de 30 de octubre) y ss.
<p>Fuentes: Elaboración propia a partir de: Domínguez Alcón (1986). Los cuidados y la profesión de Enfermería en España. Pirámide, Madrid. Domínguez-Alcón, Rodríguez Díaz, de Miguel (1983:) Sociología y Enfermería. Madrid. Pirámide SA (Pág. 39-40).</p>		

Tabla 2.19

Estudios de ATS (1955) Enseñanzas teóricas. Normas para la organización estudios
Primer curso
<p>Religión (30 h, con 1 h semana) Moral profesional (30 h, con 1 h semana) Anatomía funcional 60 h con 6 h semanales, (desarrolladas en el primer periodo del curso que habrá de terminar el 1 de febrero) Biología general e Historia humana (10 h con 3 h semana desde el comienzo del curso) Microbiología y Parasitología 10 h con 3 h semanales (a continuación de terminar Biología e Historia) Higiene general 10 h con 3 h semanales a continuación de Microbiología y Parasitología. Nociones de Patología general 30 h con 3 h semanales (a continuación de acabar Anatomía funcional) Formación política (1 h semana) Educación física (6 h semana) Prácticas: Técnica de cuidado de los enfermos y conocimientos de material de laboratorio, 4 h diarias, como mínimo.</p>
Segundo curso
<p>Religión: (30 h, con 1 h semanal) Moral profesional: (30 h, con 1 h semanal). Patología medica: (30 h, con 1 h semanal) Patología quirúrgica: 60 h con 2 h. semanales Nociones de Terapéutica y Dietética: (40 h, con 1 h semanal) Elementos de Psicología general: (20 h, con 1 h semanal) Historia de la profesión: (10 h) Educación física: (6 h a la semana) Formación política: (1 h semanal) Prácticas: 6 h diarias clínicas medicas y quirúrgicas y laboratorio.</p>
Tercer curso
<p>Religión: (30 h, con 1 h semanal) Moral profesional: (30 h, con 1 h semanal) Lecciones teórico-prácticas de especialidades quirúrgicas: (30 h, con 1 h semanal) Medicina y Cirugía de urgencias: (30 h, con 1 h semanal) Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles: (10 h). Obstetricia y Ginecología: (20 h) Puericultura e Higiene de la infancia: (15 h) Medicina social: (10 h) Psicología diferencia aplicada: (10 h) Formación política: (1 h semanal) Educación física: (6 h semanal) Prácticas: 6 h diarias en clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso.</p>
<p>Notas adicionales de la legislación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En la Escuelas de ATS femeninos se cursara además de las disciplinas señaladas, Enseñanza de Hogar, en los tres cursos con intensidad de 1 h/semana en cada uno de ellos 2. En las de ATS masculinos se cursaran nociones de autopsia medico-legal. 3. El tiempo que resulte sobrante en el curso, atendido el horario y ritmo de enseñanzas que se disponen, se dedicara al repaso de la asignatura respectiva.
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de Orden 4 julio 1955 (BOE, 2 de agosto 1955)</p>

Tabla 2.20

Estudios de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE 1977)
Enseñanzas teóricas
Primer curso
Biofísica y bioquímica cuatrimestral Enfermería fundamental anual Anatomía y fisiología anual Ciencias de la Conducta (psicología general y evolutiva anual)*
Segundo curso
Farmacología clínica y dietética anual Enfermería médico quirúrgica I anual Ciencias de la conducta II cuatrimestral Salud pública I anual Enfermería materno-infantil cuatrimestral
Tercer curso
Farmacología clínica y terapéutica física anual Enfermería médico quirúrgica II anual Ciencias de la conducta III cuatrimestral Salud pública II anual Enfermería psiquiátrica cuatrimestral Enfermería geriátrica cuatrimestral
Fuente elaboración propia a partir de: Orden por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las escuelas universitarias de enfermería (BOE núm. 283 de 26 de noviembre de 1977, Pág. 25987 a 25989) propone como cuadro de asignaturas las expuestas. *La Psicología general y evolutiva aparece como cuatrimestral y posteriormente se convierte en anual.

primer curso, complementándose con ciencias Psicosociales Aplicadas en tercer curso), 1 Ciencias de la Conducta y en 1 solo consta Enfermería Psiquiátrica y salud mental. Finalmente en una universidad catalana consta "*Habilitats comunicatives i Psicologia de la Salut*". En la mayoría de universidades se imparte en primer curso, en dos casos en segundo curso y en un caso, parcialmente entre primero y tercero. Los créditos oscilan entre 4,5 y 9 y en todas se considera asignatura troncal u obligatoria⁵². Por otro lado, aunque no se explicita, la Sociología queda implícita en conceptos del plan de estudios de 1977, a través de la enfermería fundamental, Salud pública y Ciencias de la conducta, que integran la formación de base. Finalmente, las directrices se centran en las asignaturas sin mencionarse concepto de cuidados, finalidad de la formación, objetivos de las enseñanzas y las actitudes, aspectos que junto a las aptitudes están presentes en planes de estudios de otros países de Europa (Domínguez-Alcon, 1986:142-145). *Asignaturas de Ciencias de la conducta en el plan de estudios de la Diplomatura en Enfermería*⁵³. *Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona*. La Orden Ministerial del 31 de Octubre de 1977, (BOE, núm. 283 de 26 de noviembre de 1977), dictó las directrices para la elaboración de los Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, distribuyendo las enseñanzas en cinco áreas de conocimiento:

Ciencias básicas: Bioquímica y Biofísica, *Ciencias médicas:* Anatomía, Fisiología, Farmacología, Clínica y Dietética, Terapéutica Física

Ciencias de la conducta: I, II, III (tres diferentes niveles según cada uno de los cursos)

Ciencias de la enfermería: Enfermería fundamental, Médico Quirúrgica I y II, Enfermería Materno Infantil, Geriátrica y Psiquiatría.

Salud Pública, nivel I y II

Optativas

La incorporación de las asignaturas de Ciencias de la Conducta en estos estudios y en cada curso fue una novedad y considerada favorablemente su mayor dedicación. Otra novedad en relación con esta materia, es que en el área de las Ciencias de la Enfermería se introdujo la asignatura de Enfermería Psiquiátrica que guarda estrecha relación y en parte, se nutre de las Ciencias de la Conducta. El interés de las Ciencias de la Conducta en este estudio, proviene de que, según se ha indicado anteriormente, es a través de sus contenidos que se imparte el tema de la comunicación, indistintamente de la evolución de la nomenclatura de dicha materia en los cambios de los planes de estudios y titulaciones, según se ha comentado. En cuanto a los contenidos, a partir de la normativa oficial se establecen las siguientes orientaciones:

- Ciencias de la Conducta I (primer curso). La psicología general y evolutiva es la representación en este curso de las disciplinas de las ciencias de la conducta, que habrán de considerar también la introducción a las relaciones interpersonales y al conocimiento del grupo (80 horas teóricas y 50 horas prácticas).
- Ciencias de la Conducta II (segundo curso). En las ciencias de la conducta de este curso han de estudiarse, además de los aspectos psicosociológicos del enfermo y la enfermedad, las relaciones interpersonales, la psicología de los grupos humanos y la peculiar problemática psicológica de los cuidados hospitalarios (80 horas teóricas y 50 horas prácticas).
- Ciencias de la Conducta III (tercer curso). Las ciencias de la conducta III comprenden estudios sobre psicología del trabajo en equipos y conocimientos básicos de psiquiatría. (80 horas teóricas)

⁵² *Materia troncal* supone que los contenidos han de realizarse, necesariamente, en todas las escuelas y aparecen en todos los planes de estudios de Diplomados en Enfermería en España. El concepto de *materia obligatoria* significa contenidos propuestos como obligatorios a partir de una universidad, por lo que no aparecen necesariamente en los estudios y titulaciones de otras universidades.

⁵³ En cada etapa de los estudios de Enfermería a los que se refiere este apartado, las asignaturas en general, referidas a Psicología y Salud Mental, a través de cualquier nombre, están adscritas, al Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil, al que esta vinculada la propuesta de este estudio. (Esto es desde la perspectiva actual, dado que en épocas anteriores no estaba constituido tal Departamento sino otro específico de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental).

- Enfermería Psiquiátrica. Abarcará los conocimientos teórico-prácticos precisos que permitan al diplomado de Enfermería abordar de forma adecuada y efectiva la problemática psiquiátrica en las diferentes áreas de asistencia (50 horas prácticas).

Número de créditos totales del plan: 230 créditos, de los cuales: 184,5 pertenecen a materias troncales, 4,5 a materias obligatorias de universidad, 18 a materias optativas y 23 a libre elección curricular. La estructuración es en seis semestres. En el caso de la Escuela de Enfermería de referencia, la Historia de la Profesión (4,5 créditos), es la única asignatura obligatoria en esta titulación por parte de la UB. En el caso de la Enfermería Psicosocial y de Salud Mental, que se incorpora más tarde al plan de estudios, se considera troncal al tomar sus créditos de los atribuidos a las Ciencias de la Conducta según se explica a continuación. A partir de esta normativa, los planes de estudios no sufrieron alteraciones hasta el año 1987 en que de acuerdo a la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, se empieza la previsión para la incorporación de las enseñanzas españolas al área universitaria europea (Pita, 1998). En esta etapa, se suceden varios cambios⁵⁴ en la dirección de aclarar, matizar y precisar información, sin que se alteren de forma sustancial las estructuras de base. No obstante, un cambio de interés, procede del *Real Decreto 1466 de 1990*, de 26 de octubre (BOE, núm. 278 de 20 de noviembre de 1990). Establece normativa sobre el título oficial de Diplomado en Enfermería y directrices generales de los planes conducentes a tal obtención, en base a la Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria y la vertebración de la reforma académica a partir del Real Decreto 1497/1987. Dichas Directrices proponen a las Universidades realizar sus propuestas en el margen de tres años para su *homologación*. En este Real Decreto se indican materias troncales de inclusión obligada en todos los planes de estudios conducentes a esta titulación, junto con una breve descripción de contenidos. Por lo que respecta a la materia que concierne a este estudio, se destaca lo siguiente:

- Ciencias Psicosociales Aplicadas: Aspectos psicológicos y sociales de los cuidados de Enfermería
Créditos teóricos 4, créditos prácticos 2, Total: 6
Áreas de conocimiento: "Enfermería", "Psicología Básica", "Psicología Social" y "Sociología"
- Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (SM): Salud Mental y modo de vida. Atención de enfermería de salud mental al individuo, familia y comunidad. Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería.
Áreas de conocimiento: "Enfermería" y "Psiquiatría"
Créditos teóricos 2, créditos prácticos 4, Total: 6

En *resumen* las previsiones realizadas en el Plan de Estudios de 1977, con matices intermedios, se modifican en el plan de 1990 y se establecen los elementos básicos que perduran hasta algún requerimiento en 1999 que conducirá a la transformación de la titulación en grado (2009-2010). Es en base a la normativa de 1990, que la Escuela de Enfermería de la UB se opta por configurar la Enfermería Psicosocial y de Salud Mental, como una asignatura propuesta por la Universidad de Barcelona. Dicha asignatura, según se ha indicado, toma créditos de la troncalidad (1,5 de Ciencias Psicosociales aplicadas y 1,5 de Enfermería Psiquiátrica) más 3 de distribución de créditos del computo global del plan de estudios de la escuela. Por tanto, no se considera propiamente propuesta de universidad (que la convertiría en

⁵⁴ En diciembre de 1982, Rosa Blasco destacada Profesora de nuestro centro y líder de Enfermería en nuestro país en aquellos años, apuntaba en las III Sesiones de Trabajo de AEEED las grandes dificultades obtenidas para recopilar datos para preparar una intervención a presentar en dichas sesiones. Situación similar, fue ratificada en otras sesiones de AEEED cuatro años después por Pilar Anton, otra destacada profesional y antigua Cap d'Estudis de la misma Escuela, apuntando dificultades para conocer el número de Escuelas de Enfermería de España, y un sin fin de discordancias en la normativa oficial (por ej. asignaturas sin horas de dedicación atribuidas, problemas de nomenclatura, etc.) por lo que las irregularidades constatadas en dicha documentación oficial fueron frecuentes en ese periodo. (Antón, P. 1986: 77-95).

obligatoria, según la clasificación y nomenclatura oficial, aunque en esta modalidad también era obligatoria) y se considera troncal. Así esta asignatura junto con las Ciencias Psicosociales Aplicadas constituyen lo que en el lenguaje del año 1977 podría entenderse como el bloque troncal de las Ciencias de la Conducta I y II y posteriormente en 3er curso se imparte Enfermería Psiquiátrica y de Salud mental (lo que en lenguaje del año 1977 sería Ciencias de la Conducta III) (Tabla 2.21, 2.22). En cuanto a los contenidos, se agrupan en primer curso los contenidos de Psicología general y Evolutiva (que da lugar a la asignatura con el nombre de Ciencias Psicosociales Aplicadas) y en segundo curso se reúnen los contenidos Enfermería Psicosocial y de Salud Mental (considerada modalidad aplicativa en Enfermería de la primera parte).

El *propósito* de la creación de dicha asignatura (Enfermería Psicosocial y de Salud Mental), responde al interés de facilitar al alumno los contenidos de aspectos psicosociales aplicados a los cuidados de enfermería de forma focalizada y didáctica, que de otra forma (dentro de las Ciencias Psicosociales aplicadas), quedaban diluidos entre las aportaciones teóricas de la psicología y del resto de ciencias sociales en la salud. Simultáneamente en esta asignatura de Enfermería Psicosocial y de Salud Mental, se fomentan los cuidados propios de la enfermera (autocuidados) y el crecimiento personal del estudiante. De esta forma, las ciencias Psicosociales Aplicadas y la Enfermería Psicosocial y de Salud Mental se convierten en asignaturas transversales con una aportación de contenidos psicológicos y psicosociales básicos, a partir de los cuales derivan las especificidades que se configuran en cada una de las restantes asignaturas curriculares, por ej. Enfermería maternal y de la infancia y adolescencia, Enfermería Geriátrica, etc. Por otro lado, los contenidos psicosociales, se nutren de las teorías y modelos de enfermería que proporciona la asignatura de Enfermería Fundamental y a su vez se convierten en una extensión (o aplicación) de dichas teorías. A su vez, los contenidos de la Enfermería Psicosocial se sincronizan con la Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental de tercer curso. Así, en primer año se aportan a la titulación contenidos básicos de Psicología (Ciencias Psicosociales aplicadas), en segundo año aspectos psicosociales del cuidado así como preventivos de la salud mental (en situación de salud o en ausencia de trastorno mental), (Enfermería Psicosocial y de Salud Mental). Todos estos contenidos, serán necesarios en tercer año para abordar los cuidados psicosociales en situación de patología, y también desde la perspectiva de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental (Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental).

Acercas de la relación de los estudios de ATS y de Diplomado en Enfermería con la enseñanza de la comunicación y su evolución hasta época reciente (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona), se observa que la comunicación, ha supuesto un tema del programa, con una dedicación aproximada de 2 horas, dentro del total del programa de que se trate, integrado por Psicología General y Evolutiva. Por otro lado, a juzgar por publicaciones revisadas en el transcurso de estos años, la enseñanza de la comunicación en enfermería presentaba y presenta dificultades a nivel nacional e internacional, según evidencias que pueden apreciarse en la Tabla 2.23, algunas de estas referencias procedentes de enfermeras docentes españolas, manifiestan que en la década de los años 90 valoraban déficits en esta temática formativa (García Martínez, Nieto de la Fuente, Santacatalina, 1993: 293-305), (Lasa, Tazón, Aseguinolaza, García-Campayo (1994: 251-274)⁵⁵. Especialmente en torno al cambio del siglo XX al XXI, otros estudios desde la perspectiva internacional, siguen confirmando la necesidad de abordar este reto comunicativo y formativo según las referencias que se incluyen como ejemplo en la mencionada Tabla, donde se constata la dificultad que supone la enseñanza en comunicación en Enfermería en la actualidad, entre otros aspectos, por lo difícil de identificar marcos teóricos viables y experiencias que avalen los resultados de la implementación de programas formativos. (Grant & Jenkins, 2014:1375-1381).

⁵⁵ Según aportaciones presentadas a la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), cuya organización finaliza con la previsión de estudios de grado en el EEES.

Las *reflexiones* sobre la enseñanza de la comunicación en los estudios de enfermería (ATS y Diplomado en Enfermería), a mi juicio y desde el prisma actual, giran en torno a las dificultades de esta enseñanza aprendizaje que podría estar relacionada con la comprensión de la esencia constructiva de la comunicación y el alcance de cómo representar de forma tangible este proceso formativo. Otro aspecto a contemplar, es que durante las pasadas décadas, la comunicación asistencial adolecía de la relevancia o irrelevancia atribuida por el entorno sociocultural, en cuyo contexto existía una determinada concepción del paciente (pasivo, infantilizado, etc.) según se expresa en diversos apartados de este estudio. Dicho concepto, según se ha apuntado, se modifica a raíz de la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 en el caso español y cuenta con precedentes en las últimas décadas del siglo pasado, por ej en EEUU (Mathews, 1983). A nivel educativo, la comunicación toma relevancia a través del EEES (competencia comunicativa). A estos planteamientos, cabría agregar que el enfoque positivista o neopositivista de la epistemología de la ciencia, en décadas anteriores, no ha favorecido el desarrollo de la investigación en comunicación interpersonal (por ej. en el sentido de la requerida objetividad por la ortodoxia de este modelo), motivo que ha favorecido el desarrollo de otras modalidades comunicativas, como la comunicación de masas desde la Sociología, en detrimento de la modalidad interpersonal. En toda esta tesitura, Enfermería no disponía de acceso a estudios de segundo y tercer ciclo. En consecuencia, desde la perspectiva actual quizá sería sesgado atribuir condiciones de descuido (May 1990) a la formación en comunicación en enfermería. Otra cuestión, es que bajo mi punto de vista, Enfermería podría haberse ocupado de la discordancia entre la teoría (por ej. el proclamado enfoque integral de los cuidados, biopsicosocial, etc.) y la modalidad de praxis asistencial ejercida, aspecto que tal vez le hubiera facilitado avanzar en este tema.

2.4. Espacio Europeo de Educación Superior, Grado de Enfermería y competencia comunicativa

El presente apartado se centra en plantear la *competencia comunicativa* en el curriculum del Grado de enfermería. Para ello se describe la *estructura de la titulación* dentro de la nueva enseñanza universitaria en el Espacio Europeo de Educación Superior.

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre (BOE num. 260 de 30 de octubre de 2007), establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, en su adaptación al proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. En este Real Decreto se establece que las enseñanzas reguladas serán de Grado, Máster y Doctorado. En el caso del Grado, todas las titulaciones han de ser de 240 ECTS, de cuatro años, excepto titulaciones condicionadas a determinadas normas de derecho comunitario, en cuyo supuesto el gobierno puede modificar el número de créditos (ej médico, 360 créditos ECTS). En este grupo de profesiones reguladas (con directrices propias) y de tres años pertenecía Enfermería (y Maestro en Educación Infantil y Educación Primaria) que pasa a Grado con las características generales indicadas. A su vez, dicho Real Decreto establece que las enseñanzas universitarias se concretaran en planes de estudios elaborados por las universidades que habrán de ser verificados⁵⁶ por el Consejo de Universidades y autorizados en su implantación por la correspondiente Comunidad Autónoma e inscritos posteriormente en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. Estos títulos deberán someterse a un periodo evaluación cada 6 años⁵⁷ a contar desde la fecha de su registro en el Registro de Universidades, Centros y Títulos, con el fin de mantener su acreditación. A estos efectos la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) establecerá los protocolos de verificación y acreditación necesarios conforme a lo dispuesto en este Real Decreto.

⁵⁶ La descripción de los títulos oficiales se adapta a un formato informatizado por la ANECA cuyo programa recibe el nombre de VERIFICA, por lo que comúnmente se conoce a dicho documento como "verifica".

⁵⁷ Norma que justifica la revisión de esta titulación de grado de enfermería para el año 2015.

Tabla 2.21

Estudios de Diplomado Universitario Enfermería (DUE) Enseñanzas teóricas: Créditos equivalencia en horas	
<i>asignaturas troncales con créditos prácticos/clínicos de equivalencia de 35 horas</i>	
Fundamentos de enfermería Enfermería Maternal Enfermería Infantil Enfermería Geriátrica Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental Enfermería Comunitaria II Enfermería Médico Quirúrgica I y II	
Relación de asignaturas cuyos créditos prácticos/clínicos tienen una equivalencia de 15 horas	
Anatomía y Fisiología Bioquímica Ciencias Psicosociales Fundamentos de Enfermería Enfermería Psicosocial y de Salud Mental Introducción a la Enfermería Médico-Quirúrgica Farmacología	Nutrición y Dietética Enfermería de Salud Pública Enfermería Comunitaria I Historia de la Profesión Legislación y Ética Profesional Administración Servicios de Enfermería
Total de horas 4.330, resultado de los siguientes cálculos: 2265 horas corresponde a 75 créditos prácticos/clínicos con una equivalencia de de 35 horas por crédito 1705 horas corresponden: <ul style="list-style-type: none"> ○ 465 horas a 31 créditos con una equivalencia de 15 horas por crédito. ○ 1245 horas corresponden 124 créditos con una equivalencia de 10 horas por crédito 	
Fuente elaboración propia a partir de: Resolución de 15 de junio de 1995 de la Universidad de Barcelona (BOE núm. 171, de 19 julio de 1995).	

Tabla 2.22

Estudios de Diplomado Universitario Enfermería (DUE)							
Ciencias de la Conducta: Organización de asignaturas en la Escuela de Enfermería de la UB							
Plan de 1977				Plan de 1990			
	Curso	Horas			Curso	Créditos	
		Teoría	Practica			Teoría	Practica
Ciencias de la Conducta I	1º	80	50	Ciencias Psicosociales	1º	3	1,5
Ciencias de la Conducta II	2º	80	50	Enfermería Psicosocial y de SM	2º	3	3
Ciencias de la Conducta III y Enfermería Psiquiátrica	3º	80	80	Enfermería Psiquiátrica y de SM	3º	3	3

Fuente: Real Decreto 1466 de 1990, de 26 de octubre (BOE, núm. 278 de 20 de noviembre de 1990). Documentación interna Escuela de Enfermería UB (Junio 2015).

Tabla 2.23

Formación en comunicación enfermera Aportaciones de las pasadas décadas y actuales: contraste			
Referencia publicación	Características y Tipo de estudio	Muestra o estudios revisados	Conclusiones
1. García Martínez et al., (1993).	<i>España, Universidad Rovira i Virgili.</i> Estudio descriptivo en pregraduados mediante un cuestionario	N=151 alumnos tres cursos	Los alumnos de 1º (reciben teoría) saben más comunicación que los de 2º (trabajan comunicación). Entre los de 2º y 3º no existen diferencias. Los de primer curso saben mas que los de 2º y 3º la diferencia en 3º es estadísticamente significativa. En 3er curso puntúan más baja la importancia atribuida a la comunicación en enfermería, que en 2º y 1º.
2. Sevilla y García Ordorica, (1993).	<i>España, Hospital publico de Cantabria</i> Estudio descriptivo en enfermeras postgraduadas, acerca de formación previa. Cuestionario	N=150	Las enfermeras: 1) No se han formado en comunicación porque no han tenido oportunidad 2) Existe una crisis importante entre enfermeras con 10-15 años trabajando 3) Creen que los fallos comunicativos se producen por pasividad, irritación y falta de cooperación, 4) Opinan que los pacientes están insatisfechos con la comunicación, porque el comunicador no sabe transmitir el mensaje.
3. Lasa et al. (1994).	<i>España, Universidad País Vasco</i> Estudio descriptivo. En Universidades españolas, Dirección de Departamentos de Escuelas de Enfermería Cuestionario por correo	N=40	1) Relevancia esencial de la comunicación en la formación enfermera. 2) Estas habilidades no cuentan a la hora de seleccionar a los aspirantes en las escuelas. 3) La comunicación se oferta de forma continua durante la diplomatura aunque no de forma progresiva ni integrada y su oferta no es homogénea a nivel nacional. Los estudiantes podrían no valorar esta importancia, ni acceder a una visión global del tema. 4) Diferencias entre el profesorado que imparte este tema pueden influenciar. 5) Se oferta en Enfermería fundamental y Salud Mental. 6) La docencia se reduce a la teoría o casos escritos. Escasa interacción con el paciente real o simulado. 7) Evaluación, cuando existe, tiende a ser parcial, valorando en el mejor de los casos conocimiento y habilidades, relegando sistemáticamente las actitudes.
4. Kruijver et al. (2000).	Holanda. Universidad de Utrech Revisión y evaluación de programas formativos (1979-1998)	n=14 (de 53)	Efectos limitados o nulos sobre las habilidades comunicativas de las enfermeras en los cambios de comportamiento en la práctica y en los resultados del paciente. La mayoría de los estudios tenían un diseño débil, por lo que se recomienda el empleo de diseños experimentales para eliminar confusiones de las variables.
<p>Notas:</p> <p>Fuente: elaboración propia a partir de los estudios de los autores citados</p> <p>1. García Martínez, Nieto de la Fuente, Santacatalina (1993). Conocimiento sobre comunicación en los alumnos de enfermería. XIV Sesiones de Trabajo de la AEED¹, Burgos. (Pág. 293-305).</p> <p>2. Sevilla, García Ordorica, (1993). La entrevista como forma de comunicación. La comunicación como fundamento del cuidado enfermero. XIV Sesiones de Trabajo de la AEED, Pág.387-397.</p> <p>3. Lasa, Tazón, Aseguinolaza, García-Campayo (1994). Docencia de habilidades de comunicación en enfermería. XIV Sesiones de Trabajo de la AEED, Barcelona, Pág.251-274.</p> <p>4. Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, van de Wiel (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. Patient Education and Counseling 39: 129-145.</p> <p>Estudios aportados en la Tabla I, II: 6 estudios. Total 20 estudios (al contemplar revisión; en un caso no cuantifica artículos)</p>			

¹ AEED: Asociación Española de Enfermería Docente

Tabla 2.23/2

Formación en comunicación enfermera Aportaciones de las pasadas décadas y actuales: contraste			
Autores, País, Institución	Características y Tipo de estudio	Muestra, Artículos revisados	Conclusiones
5. Grant & Jenkins, (2014).	EEUU. Universidad de Maryland. Revisión de formación en comunicación y valoración de estudios con instrumento Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice Rating Scale (JHNEBP) (2002-2013)	Revisión n=20 Selección entre: 457 títulos, 115 resúmenes 38 artículos	Los estudios revisados tienen problemas metodológicos. La mayoría, diseños de valoración moderada o baja (ninguno mereció el primer nivel A). En consonancia con (Chant et al., 2002) la evidencia de la formación en comunicación en pregraduados en enfermería, de 17 estudios solo uno mostró resultados positivos. La calidad metodológica de la investigación en comunicación en enfermería es un desafío: Grandes muestras y diseños aleatorios son difíciles. Financiación muy limitada para una base de investigación. La comunicación puede ser enseñada como parte de otras experiencias educativas (dificultad aislar contenido, métodos e impacto de enseñanza). Resultados adicionales como la <i>empatía</i> , la <i>conciencia de sí mismo</i> y <i>el pensamiento crítico</i> posiblemente se deben considerar en vinculación con los marcos conceptuales. Difícil identificar claves y marcos. Se detecta falta de pruebas de fiabilidad y validez de los instrumentos de medición en la investigación educativa en enfermería. La calidad de la evidencia sigue siendo baja para apoyar intervenciones específicas en comunicación en educación enfermera.
6. Bhana (2014).	Sud Africa. Universidad de Pretoria Revisión del estilo de formación y características de la generación actual de estudiantes universitarios (nacido en la década 1980-fines de los 90)	Revisión y selección según interés del estudio	Estudia el perfil de estudiantes universitarios actuales , influenciados por redes sociales, mensajería instantánea, teléfonos móviles y juegos en línea. Se pregunta los efectos de las nuevas tecnologías en estudiantes de esta generación, que han de interactuar cara a cara con el paciente y otros profesionales (con creatividad, compasión, tolerancia y honestidad). La actual generación de estudiantes se describe como una generación multitarea: colaboradores, optimistas y positivos. Atraídos por actividades de interacción social (equipo). Siempre están conectados y comunicándose. Tienen poca capacidad de atención y se aburren con facilidad. La tendencia a la multitarea les impide centrarse en una actividad y presentan dificultades para la comunicación tradicional y la lectura y escritura. Recrean su confianza en que los profesores les digan lo que tienen que hacer. Orienta: revisión de estrategias de enseñanza-aprendizaje para fomentar habilidades comunicativas esenciales en el estudiante para construir una relación terapéutica enfermera-paciente.
<p>Notas:</p> <p>Fuente: elaboración propia a partir de los estudios de los autores citados</p> <p>5. Grant, Jenkins, (2014). Communication education for pre-licensure nursing students: Literature review 2002-2013. Nurse Education Today 34 (11): 1375-1381.</p> <p>6. Bhana, (2014). Interpersonal skills development in Generation Y student nurses: A literature review. Nurse Education Today, 34: 1430-1434</p> <p>Estudios aportados en la Tabla I, II: 6 estudios. Total 20 estudios (al contemplar revisión; en un caso no cuantifica artículos)</p>			

El Consejo de Universidades enviará el plan de estudios a la ANECA que evaluara los planes de estudios (de acuerdo a los protocolos de verificación), y tendrán carácter preceptivo y determinante según la legislación establecida. El Consejo de Universidades dictará la resolución de la verificación que se comunicará al Ministerio de Educación y Ciencia (MEC), a la comunidad autónoma interesada y a la universidad. Tras la conformidad de todo el proceso, el MEC elevará al gobierno la propuesta para el establecimiento del carácter oficial del título y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos cuya aprobación será publicada en el BOE. La Universidad de Barcelona mediante el proyecto GRAU-UB090909, aprobado por el Consejo de Gobierno de 18 de febrero de 2008, inicia el proceso de transformación de las titulaciones de las licenciaturas de primer y segundo ciclo a la nueva estructura de grados establecida por el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre (UB, 2008). Finalmente, dicho Real Decreto fue modificado por otro posterior, el Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, para las titulaciones de Grado, Postgrado y Doctorado, que se relacionan con las cualificaciones recogidas en el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) y la descripción de sus niveles. Así, el MECES es un instrumento internacionalmente reconocido, que permite la nivelación coherente de todas las cualificaciones de la educación superior para su clasificación, relación y comparación y que sirve, asimismo, para facilitar la movilidad de las personas en el EEES y en el mercado laboral internacional. Según se ha apuntado, el MECES se estructura en cuatro niveles con la siguiente denominación para cada uno de ellos: Nivel 1: Técnico Superior; Nivel 2: Grado; Nivel 3: Master; Nivel 4: Doctor (CGE, 2014). En cuanto a la titulación enfermera en España fue planteada a través del Libro Blanco de la ANECA⁵⁸, se trata del proyecto del Título de Grado de Enfermería para la convergencia europea.

El título de *Grado de Enfermería* en España se propone a través del Libro Blanco de la ANECA, que obtuvo ayuda de esta agencia (en una de sus tres convocatorias, entre cuyos criterios destacaba la mayor participación posible de universidades) y fue entregado en junio de 2004, sin carácter vinculante y para su posterior presentación al Consejo de Universidades y al Ministerio de Educación y Ciencia (MEC)⁵⁹. Dicha propuesta, refiere la imposibilidad de seleccionar un modelo concreto de titulación de las impartidas en Europa, por la semejanza existente entre todos los títulos, debido a la existencia de directivas europeas y de recomendaciones de la OMS sobre la formación de estos profesionales. Entre otros aspectos, el Informe de Valoración de la Comisión de Evaluación del diseño del Título de Grado en Enfermería (constituida por el Rector de la Universidad de Salamanca, un miembro del Comisionado para el EEES, un asesor y una experta del Programa de Convergencia Europea ANECA), reconoce un informe de calidad enmarcado por la correspondiente directiva europea, en el que han participado prácticamente todas las universidades españolas que imparten el título (94%). Se destaca, asimismo la calidad de este estudio de propuesta de título de Grado para las competencias genéricas y específicas y el análisis de las diferentes opiniones de los grupos encuestados, reconociendo igualmente la adecuada definición de los objetivos propuestos para la titulación establecidos en 8 bloques formativos, en coherencia con el desarrollo global del proyecto y los resultados definitivos. Finalmente, entre otras apreciaciones, se recomienda la publicación de este Libro Blanco y se remite al Consejo de Coordinación Universitaria y a la Dirección General de Universidades (ANECA, 2004).

El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, modificado posteriormente por el RD 861/2010, de 2 de julio, establece, según se ha comentado, el sistema de las enseñanzas universitarias en España, y el procedimiento de evaluación para su verificación, seguimiento y acreditación. Estas cuestiones aparecen referidas en el primer Real Decreto citado de 2007 y dotadas de mejor

⁵⁸ Coordinado por Luis Bernués y Margarida Peya, ambos directores de las Escuelas Universitarias de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza y de Enfermería de la Universidad de Barcelona, respectivamente; centro este último al cual se refiere este estudio exploratorio de caso.

⁵⁹ Cabe añadir que este proyecto aportó datos de la encuesta competencial del proyecto Tuning. Posteriormente como referente del título de grado, en la Escuela de Enfermería de la UB, se optó por el Modelo de Competencias del CIE para la enfermera generalista (CIE, 2003).

definición para su habilitación en el segundo Real Decreto de 2010. (RD 861/210, de 2 de julio), ANECA (2013). Según esta normativa las propuestas de nuevas titulaciones oficiales, o reconversión de las anteriores (sería este último el caso de la Diplomatura a Grado, en el caso de Enfermería) han de ser sometidas a un proceso de evaluación previa o de verificación, contenidas en un aplicativo denominado VERIFICA. En este proceso las agencias de calidad autonómicas, que cumplan con los criterios y estándares de calidad establecidos en el EEES (por ej. superar evaluación que se les permita ser miembros de pleno derecho de la European Association for Quality Assurance in Higher Education, ENQA) emiten un informe de evaluación vinculante para el Consejo de Universidades, que es el órgano responsable de la verificación. Una vez la enseñanza ha estado verificada, la Generalitat, en el caso catalán, autoriza su implantación. Finalmente el Consejo de Ministros establece el carácter oficial de todos los títulos universitarios y ordena su inclusión en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. (AQU, 2014), ANECA (2013). Una vez la titulación se ponga en funcionamiento, el Real Decreto establece que las agencias deberán hacer un seguimiento del plan de estudios verificado, donde la universidad es la primera responsable del proceso de seguimiento de sus titulaciones y AQU Cataluña actúa como agente externo de garantía de calidad. Antes de los seis años de la puesta en funcionamiento del grado (y doctorado o 4 años de masters), las titulaciones oficiales deberán someterse a un proceso de acreditación⁶⁰, que es la comprobación de que el plan de estudios se está llevando a cabo de acuerdo con el proyecto inicial. Dichas acreditaciones contemplarán informes de evaluación interna anuales, cumplimentados por el Decano o Director del centro y mínimo una evaluación externa a cargo de la agencia de calidad correspondiente (AQU Cataluña en el caso catalán). Los informes podrán ser positivos o con medidas correctoras o proponer la retirada de la autorización de la impartición del plan de estudios. Si se acredita de nuevo, la renovación se inscribirá nuevamente en el Registro de Universidades, Centros y Títulos (AQU, 2013).

Por su parte la Universidad de Barcelona, a través del documento La Universitat de Barcelona dins l'Espai Europeu d'Educació Superior (EEES) y en concreto, mediante el Projecte Grau 090909, establece la normativa, aporta documentos de referencia y establece acciones a desarrollar para la nueva estructura de grados. Entre ellos, consta la Guía para la elaboración del documento de Verificación de títulos. En dicho documento de verificación deben constar la justificación, las definiciones y los requisitos contemplados para una titulación determinada y su despliegue. En consecuencia, entre otros aspectos, aparecen las competencias transversales y específicas de la titulación Enfermera en la Universidad de Barcelona. Las Competencias transversales o básicas⁶¹ y competencias específicas de la titulación. Normativa y conceptos. El Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, referido, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, en su ANEXO I, titulado Memoria para la solicitud de verificación de Títulos Oficiales, en su apartado 3. Objetivos, indica las Competencias generales y específicas que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios, y que sean exigibles para otorgar el título. También en el apartado 3.5 se refiere a los principios generales que deberán inspirar el diseño de los nuevos títulos, y que los planes de estudios deberán tener en cuenta que cualquier actividad profesional debe realizarse en base a aspectos, que aquí se transcriben de forma abreviada como: a) desde el respeto a los derechos fundamentales y de igualdad de hombres y mujeres, b) desde el respeto y promoción de los Derechos Humanos c) de acuerdo con los valores de una cultura de paz y valores democráticos. (RD 1393/2007, p 44038-44038). 3.2. Se garantizaran, como mínimo las competencias básicas en el caso del Grado y aquellas otras que figuren en el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, MECES

⁶⁰ El título de Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la UB, ha sido acreditado favorablemente en 2015 con alguna orientación de mejora. En dicho proceso, participo la autora de este estudio en calidad de coordinadora de la asignatura Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud y en calidad de docente informante.

⁶¹ En cuanto al término competencias transversales, se han empleado otros términos (por ej. Tuning también empleó el término competencias genéricas). Sin embargo el documento de la UB refiere Competències Transversals de la UB (UB, 2008). En la acreditación del grado de Enfermería (AQU, 2015), se ha requerido el empleo del término competencias básicas.

(Tabla 2.24). Por otro lado aunque en la bibliografía actual pueden encontrarse numerosas definiciones de competencias, la bibliografía referida a las competencias en el aprendizaje, en general, describe el término en función de los retos o resultados que debe adquirir el estudiante. El documento elaborado por el Ministerio de Educación y Ciencia (propuesta de directrices para la elaboración de Títulos Universitarios de Grado y Master)⁶², define la competencia exclusivamente en su acepción académica e indica: "*Las competencias son una combinación de conocimientos, habilidades (intelectuales, manuales, sociales, etc.), actitudes y valores que capacitaran a un titulado para afrontar con garantías la resolución de problemas o la intervención en un asunto en un contexto académico, profesional o social determinado*" (MEC, 2006).

Desde la perspectiva de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000), las competencias son descritas como "Capacidad efectiva para llevar a cabo exitosamente una actividad laboral plenamente identificada. Las competencias son el conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en la acción adquiridos a través de la experiencia (formativa y no formativa) que permite al individuo resolver problemas específicos de forma autónoma y flexible en contextos singulares (Cano, 2008: 3). Por otro lado, dentro del proceso de desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior, adquiere especial relevancia la referencia de las *competencias genéricas, transversales* o básicas propuestas en el *Proyecto Tuning*. El proyecto Tuning se crea en Europa, con la necesidad de implementar a nivel universitario el proceso que siguió a la Declaración de Bolonia de 1999, en base a experiencias acumuladas en los programas Erasmus y Sócrates desde 1987. Al respecto, tiene especial relevancia el Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (ECTS) y la orientación hacia las competencias transversales de la titulación y las específicas para cada área temática (Tuning 2003: 26), con la finalidad de buscar un lenguaje y equivalencias comunes para expresar capacidades en términos de comparabilidad (Tuning 2003: 72). En consecuencia, los cambios iniciados requieren el desarrollo de un nuevo paradigma, que comporta: una educación centrada primordialmente en el estudiante (se le exige más protagonismo y cotas más altas de compromiso a la vez que buscar, manejar y seleccionar información original) junto con la necesidad de encauzarse hacia la gestión del conocimiento; una transformación del papel del educador con un rol más coordinador y potenciador de la proactividad de los estudiantes; una nueva definición de objetivos; un cambio de enfoque de las actividades educativas; un desplazamiento del énfasis en los suministros de conocimientos (*inputs*) a los resultados (*outputs*) y un cambio en la organización del aprendizaje. En definitiva, la organización del conocimiento y las actividades educativas pasan a ser regidos por las metas del estudiante de forma más flexible. Asimismo, la evaluación se desplaza del suministro a los resultados (*from input to output*) y a los procesos y contextos del que aprende (Tuning 2003: 36). Se destaca también, que una educación para el empleo debe ir en paralelo con la concepción de una educación para la ciudadanía responsable, que incluya la necesidad de desarrollarse como persona y ser capaz de afrontar responsabilidades sociales (Tuning 2003: 76).

A través de unos 20 estudios realizados por el proyecto Tuning (2003), se atribuyó pertinencia a las competencias genéricas propuestas (a partir de ser interrogadas compañías privadas e instituciones de educación superior). Su posterior agrupación dio lugar a la clasificación de competencias transversales: instrumentales, interpersonales y sistémicas (Tuning 2003: 81). En los resultados de dichos estudios, las competencias interpersonales obtuvieron el mayor número en términos de diferentes competencias (41%). Sin embargo, la variación y falta de precisión condicionó a su ordenamiento en base a su frecuencia, quedando distribuidas como sigue: Competencias instrumentales 46%; Competencias sistémicas 32%; Competencias interpersonales 22%. Todas ellas favorecieron el establecimiento de 30 competencias genéricas en la última versión del cuestionario, y en lo que se refiere a las competencias interpersonales, se formularon las siguientes: Capacidad crítica y autocrítica,

⁶² Ministerio de Educación y Ciencia (2006) Documento de trabajo. Propuesta Directrices para la elaboración de títulos universitarios de grado y máster. Diciembre 2006.

Trabajo en equipo, Habilidades interpersonales, Capacidad de trabajar en equipo interdisciplinar, Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas, Apreciación de la diversidad y multiculturalidad, Habilidad de trabajar en un contexto internacional, Compromiso ético.

Las *Competencias transversales en la Universidad de Barcelona*, en el marco del proceso de adaptación a las nuevas titulaciones de Grado enmarcadas en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se publican en el documento "Competències transversals de la Universitat de Barcelona" (2008) donde recogen las que la Universidad de Barcelona propone como comunes para todas las titulaciones adquiridas en el seno de dicha universidad. La propuesta se realiza en los siguientes términos: "*Les competències transversals son necessàries para assolir una formació òptima per a l'exercici professional, però també per al foment del pensament crític i de la cultura de la llibertat i el pluralisme, i la transmissió dels valors cívics i socials propis d'una societat democràtica*" (art. 3.2.b de l'Estatut de la UB). En cuanto a la orientación de la formación en esta Universidad, se grega: "*En concordança amb les reflexions anteriors, la Universitat de Barcelona ha de proporcionar una formació que s'orienti a la formació integral de la persona i al seu creixement personal, atès que, d'una banda, la activitat professional –tot i que és cabdal- només representa una part de les activitats de la persona i, de l'altra, que la persona es una identitat en què la professió necessàriament es relaciona amb les seves altres dimensions. La definició de les competències transversals i l'ensenyament aprenentatge d'aquestes es una bona oportunitat per a reflectir les concepcions anteriors*" (UB, 2008-b:5)

La selección de competencias que realiza la Universidad de Barcelona busca la coherencia con la formación que se pretende en esta universidad, cuya esencia puede interpretarse en los párrafos transcritos en las líneas anteriores. Las competencias transversales acordadas son las siguientes: Compromiso ético, Capacidad de aprendizaje y responsabilidad, Trabajo en equipo, Capacidad creativa y emprendedora, Sostenibilidad y Capacidad comunicativa (Tabla 2.25). Por otro lado, el documento citado hace hincapié en que en el marco de la formación integral que propone esta universidad, las competencias indicadas se han de reflejar en el diseño de las nuevas titulaciones de grado, teniendo presentes los valores que se les asocian, junto con los valores consensuados de la profesión reflejados en el plan de estudios, que a su vez sirvan para contextualizar las competencias transversales. En suma se pretende una formación más amplia que la reflejada a través de asignaturas, con inclusión de actividades que fomenten la reflexión, el contraste y la implantación de buenas prácticas, en concordancia con una imagen coherente con los valores que quiere fomentar la Universidad de Barcelona (Universitat de Barcelona, 2008:5-7)⁶³. A la vez las competencias transversales de la Universidad de Barcelona están en consonancia con las normas dictadas al respecto por la legislación pertinente como es: el Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm. 185, 3.8. 2011), Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. (Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 161, 3.07.2010); Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 260, de 30 de octubre de 2007 pp. 44037-44047. Esta legislación es también acatada por el Consell Inter-universitari de Catalunya. GENCAT (2007): Criteris per a elaborar la

⁶³ Cabe añadir que dichas competencias han sido sometidas a revisión en el seno de un grupo de trabajo específico de la UB constituido por el Vicerrectorado de Política Docente y el PMID (Programa de Millora i Innovació Docent) (coordinado por Dra. E. Cano) y en el que ha tenido oportunidad de participar la autora del presente estudio. La finalidad fue el estudio y revisión de las competencias transversales e implementadas en la UB. El consenso orientó el mantenimiento del conjunto de todas ellas. En el mismo grupo, mediante encuesta, se realizó una valoración acerca de la importancia atribuida a cada una de las mismas, resultando en primer lugar la competencia comunicativa (Universitat de Barcelona (UB), (2014) (d). Informe del Grup de Treball de Competències Transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerectorat de Política Docent [Documento interno UB]. (UB, 2014-d).

Tabla 2.24

Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES)
Titulación de Grado (Nivel 2)**
<ol style="list-style-type: none"> 1. En este nivel se incluyen cualificaciones que tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional. 2. Las características de las cualificaciones ubicadas en este nivel vienen definidas por los siguientes descriptores presentados en términos de resultados de aprendizaje: <ol style="list-style-type: none"> a) haber adquirido conocimientos avanzados y demostrado una comprensión de los aspectos teóricos y prácticos y de la metodología de trabajo de su campo de estudio con una profundidad que llegue hasta la vanguardia del conocimiento. b) poder, mediante argumentos o procedimientos elaborados y sustentados por ellos mismos, aplicar sus conocimientos, la comprensión de estos y sus capacidades de resolución de problemas en ámbitos laborales complejos o profesionales y especializados que requieren el uso de ideas creativas e innovadoras. c) <i>tener la capacidad de recopilar e interpretar datos e informaciones sobre las que fundamentar sus conclusiones incluyendo, cuando sea preciso y pertinente, la reflexión sobre asuntos de índole social, científica o ética en el ámbito de su campo de estudio.</i> d) ser capaces de desenvolverse en situaciones complejas o que requieran el desarrollo de nuevas soluciones tanto en el ámbito académico como laboral, profesional o dentro de su campo de estudio. e) <i>saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio</i> f) ser capaces de identificar sus propias necesidades formativas en su campo de estudio y entorno laboral o profesional y de organizar su propio aprendizaje con un alto grado de autonomía en todo tipo de contextos (estructurados o no).
<p>Notas: Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, que establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES). (BOE, Núm. 185, 3.8. 2011, pp. 87912-87918). [Destacados en cursiva los aspectos mas directamente relacionados con la comunicación]. Nivel coincidente con el Grado Enfermería Universidad de Barcelona, Créditos ECTS: 240</p>

Tabla 2.25

Competencias Transversales de la Universidad de Barcelona
<p>Compromiso ético</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad crítica y autocrítica - Capacidad de mostrar actitudes coherentes con las concepciones éticas y deontológicas <p>Capacidad de aprendizaje y responsabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de análisis, de síntesis, de visiones globales y de aplicación de los saberes en la práctica - Capacidad de tomar decisiones y de adaptación a nuevas situaciones <p>Trabajo en equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de colaborar con los demás y de contribuir en un proyecto común - Capacidad de colaborar en equipos interdisciplinarios y en equipos multiculturales <p>Capacidad creativa y emprendedora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de formular, diseñar y gestionar proyectos - Capacidad de buscar e integrar nuevos conocimientos y actitudes <p>Sostenibilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de valorar el impacto social y medioambiental de actuaciones en su ámbito - Capacidad de manifestar visiones integradas y sistémicas <p>Capacidad comunicativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de comprender y expresarse oralmente y por escrito en catalán y castellano y en una tercera lengua, con dominio del lenguaje especializado de la disciplina - Capacidad de buscar, usar e integrar la formación
<p>Fuente: Universitat de Barcelona (2008). Competències transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerektorat de Política Docent. Normatives i Documents. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.</p>

Programació universitària a Catalunya. Descriptors Dublín (Cualificaciones profesionales), *Joint Quality Initiative (JQI)*(2004).

En cuanto a las *competencias específicas para la titulación de Grado de Enfermería* en la Escuela de Enfermería de la UB, se acoge a las competencias propuestas por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) para la formación de la enfermera generalista. En el ámbito de la atención a la salud, se relaciona la competencia con los resultados que obtiene una persona en su trabajo y ocupación (CIE, 2001: 13)⁶⁴. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 1997:44)⁶⁵ define la competencia como: "*El nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio*". Además, en Enfermería existe la tendencia a reconocer que la competencia hace falta basarla en la síntesis de diversos elementos, contemplando "que el todo es mas que la suma de sus partes" (*National Nursing Competency Project, 1997*). Así, las competencias han de reflejar: a) conocimientos, comprensión y juicio; b) un abanico de capacidades: cognitivas, técnicas o psicomotoras e interpersonales; c) diversos atributos personales. En conjunto, una consideración que se aprecia como fundamental es que la formación basada en competencias pone el acento en el producto final y define las adquisiciones que tiene que obtener el estudiante en las diferentes etapas del ciclo educativo, según se ha comentado con anterioridad. Así las competencias ayudan a establecer la enseñanza-aprendizaje y a identificar lo que es esencial en los resultados de aprendizaje del estudiante (EUI-UB, 2007). En cuanto a las competencias transversales, dado que son comunes para todas las titulaciones de una universidad, es dicha universidad quien las propone, siendo las específicas a propuesta del mayor consenso disciplinar posible dentro de una titulación. En el caso de la titulación enfermera en la UB, la cuestión se establece como sigue:

Las competencias específicas del Grado de Enfermería vienen también dictadas por la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero en su Apartado 3. Objetivos, refiere Competencias que los estudiantes deben adquirir (Tabla 2.26). En base a esta consideración, a efectos del modelo de implementación. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona se basa en los ámbitos competenciales definidos por el Consejo Internacional de Enfermería, que son los siguientes: 1) Práctica profesional ética y legal, 2) Prestación y gestión de cuidados, 3) Desarrollo profesional. Los ámbitos indicados van encaminados a conseguir un graduado en Enfermería con perfil generalista que ha de adquirir una formación científica y humana, con capacidad suficiente para identificar, valorar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y de la comunidad. Para cubrir esta finalidad, se parte de la definición de competencias según criterio de diversos autores y el desglose de competencias específicas, de acuerdo con los ámbitos competenciales anteriormente determinados (Tabla 2.27). Las competencias específicas de enfermería planteadas, se basan en la *definición funcional de enfermera* aprobada por el Consejo de Representantes Nacional del Consejo Internacional de Enfermería, cuya *descripción y contexto* (asistencia primaria o domiciliaria y hospitalaria) y las *situaciones* comunes en las que se desenvuelve el trabajo de la enfermera, quedan planteadas en la (Tabla 2.28) según plantea el CIE, 1987.

A partir de las concepciones, finalidades, contexto y situaciones profesionales planteadas, el Perfil del Graduado en Enfermería (Enfermería Generalista) en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, se establece en los siguientes términos: "En todos los países del mundo las enfermeras son miembros clave de los servicios de atención a la salud. El reconocimiento de las enfermeras como miembros del equipo de salud, queda de manifiesto en la Declaración de Munich (OMS, 2000) con el soporte de los Ministros de Sanidad de los

⁶⁴ Consejo Internacional de Enfermería (2001) Competencias Internacionales de la enfermera Generalista. ICN, Ginebra.

⁶⁵ Consejo Internacional de Enfermeras (1997). El CIE y la reglamentación. Modelos para el S XXI. ICN, Ginebra.

Estados Miembros de la Región Europea de la OMS. No obstante, su función y condición social, así como su formación y las condiciones de trabajo a las que están sometidas, varían según el país en el que desarrollen su profesión. La definición de Enfermera situada en base a las competencias y aprobada por el Consejo de Representantes Nacionales del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) dice: "la enfermera es una persona que ha completado un programa de educación en enfermería básico y general y que ha estado habilitada por la autoridad reguladora pertinente para ejercer la enfermería en su país" (EUI-UB, 2007)

La formación enfermera básica es un programa de estudios formalmente reconocido, que proporciona un fundamento amplio y sólido de las ciencias del comportamiento, de vida y de la enfermería para el ejercicio general de la enfermería, el papel de liderazgo y para la educación posbásica, para el ejercicio especializado o avanzado de la enfermería. La enfermera está preparada y autorizada para (1) trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y los cuidados de las personas físicamente enfermas, mentalmente enfermas e incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones o instituciones de atención de salud y de otras a la comunidad; (2) efectuar educación sanitaria; (3) participar plenamente como miembro del equipo de salud; (4) supervisar y formar auxiliares de enfermería y de atención de salud; (5) participar en la investigación (CIE, 1987). Así, las *competencias para la enfermera graduada y generalista* integran las funciones siguientes: Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las personas de todas las edades, familias y comunidades. Planificación y gestión de la atención a las personas de todas las edades, familias y comunidades que sufren enfermedades físicas o mentales y discapacidades o requieren rehabilitación en contextos institucionales y de la comunidad y cuidados en la fase final de la vida (CIE, 2001:1), (EUI-UB, 2007) y en esta línea se establece el *perfil de enfermera graduada* en la Escuela de Enfermería de la UB. La Dirección de la Escuela de enfermería de la UB promovió en el año 2007 un grupo de trabajo de profesorado de la Escuela⁶⁶, con el objetivo de definir las competencias específicas cuyos resultados deberían conseguir los futuros estudiantes del grado de enfermería. El proyecto surge, por un lado, para que los estudiantes conozcan lo que se espera de ellos y también para que el profesorado cuente con un referente en el cual enmarcar la actividad docente y la evaluación, frente al reto de adaptar dichos estudios al Espacio Europeo de Educación Superior (EUI-UB, 2007). Teniendo en cuenta estos principios, es importante explicitar que los estudios de grado de enfermería tienen como *objetivos* los siguientes: "El título de grado de Enfermería tiene como objetivo capacitar personal de enfermería generalista, con formación científica y actitud crítica, reflexiva, humanista para valorar, identificar, actuar y valorar las necesidades de salud y los cuidados de las personas, familias y de la comunidad". En el entorno del sistema de salud, los profesionales de la enfermería comparten con otros profesionales las funciones de *planificación, de organización, de dirección y evaluación*, con la finalidad de garantizar un sistema de salud adecuado para el desarrollo de las potencialidades de las personas, la *promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas enfermas o incapacitadas*. Por tanto, los estudios de grado de Enfermería pretenden que los futuros titulados: a) Adquieran conocimientos tanto de la ciencia enfermera, como de las ciencias de la salud, humanas y sociales, para dar respuesta a las necesidades y expectativas de salud de las personas, las familias, los grupos y la comunidad; b) desarrollen habilidades para la aplicación de protocolos y procedimientos de los cuidados enfermeros; c) consigan la capacidad de establecer relaciones positivas con las personas con las cuales interactúan; d) adquieran la capacidad de actuar sobre la base de principios éticos, con respeto por los valores y los derechos de la persona, para mantener su dignidad en cualquier situación; e) desarrollen el pensamiento crítico y la práctica reflexiva, y utilicen la metodología y la evidencia científica para tomar decisiones de cuidados enfermeros. Mediante la realización de prácticas en centros asistenciales, el alumnado tiene la oportunidad de poner en práctica los conocimientos y las habilidades adquiridas en el aula y explorar, a la vez, las diferentes realidades asistenciales de nuestro entorno. De esta manera, se orienta hacia la inserción laboral y la formación de postgrado. (EUI-UB, 2014).

⁶⁶ Entre cuyos miembros participó la autora de este estudio. El producto final fue el "Document de treball Comissió de Competències" (27 noviembre 2007).

Tabla 2.26

Estudios de Grado en Enfermería Competencias Específicas según Ministerio de Ciencia e Innovación
<p>2.1 Conocer e identificar la estructura y función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y los tejidos.</p> <p>2.2 Conocer el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería.</p> <p>2.3 Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios de su autorización, uso e indicación, y los mecanismos de acción de los mismos.</p> <p>2.4 Utilización de los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo.</p> <p>2.5 Conocer y valorar las necesidades nutricionales de las personas sanas y con problemas de salud a lo largo del ciclo vital, para promover y reforzar pautas de conducta alimentaria saludable. Identificar los nutrientes y los alimentos en que se encuentran. Identificar los problemas nutricionales de mayor prevalencia y seleccionar las recomendaciones dietéticas adecuadas.</p> <p>2.6 Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.</p> <p>2.7 Conocer los procesos fisiopatológicos y sus manifestaciones y los factores de riesgo que determinan los estados de salud y enfermedad en las diferentes etapas del ciclo vital.</p> <p>2.8 Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.</p> <p>2.9 Reconocer las situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.</p> <p>2.10 Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.</p> <p>2.11 Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y los cuidados, desde una perspectiva histórica, para comprender la evolución del cuidado de enfermería.</p> <p>2.12 Comprender desde una perspectiva ontológica y epistemológica, la evolución de los conceptos centrales que configuran la disciplina de enfermería, así como los modelos teóricos más relevantes, aplicando la metodología científica en el proceso de cuidar y desarrollando los planes de cuidados correspondientes.</p> <p>2.13 Aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas atendidas.</p> <p>2.14 Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería.</p> <p>2.15 Dirigir, evaluar y prestar los cuidados integrales de enfermería, al individuo, la familia y la comunidad.</p> <p>2.16 Capacidad para describir los fundamentos del nivel primario de salud y las actividades a desarrollar para proporcionar un cuidado integral de enfermería al individuo, la familia y la comunidad. Comprender la función y actividades y actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de Atención Primaria de Salud. Promover la participación de las personas, familia y grupos en su proceso de salud-enfermedad. Identificar los factores relacionados con la salud y los problemas del entorno, para atender a las personas en situaciones de salud y enfermedad como integrantes de una comunidad. Identificar y analizar la influencia de factores internos y externos en el nivel de salud de individuos y grupos. Aplicar los métodos y procedimientos necesarios en su ámbito para</p>

Tabla 2.26/2

identificar los problemas de salud más relevantes en una comunidad. Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales, identificando las posibles causas de problemas de salud. Educar, facilitar y apoyar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad, **cuyas vidas están afectadas por problemas de salud, riesgo, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte.**

2.17 Conocer las alteraciones de salud del adulto, identificando las manifestaciones que aparecen en sus distintas fases. Identificar las necesidades de cuidado derivadas de los problemas de salud.

Analizar los datos recogidos en la valoración, priorizar los problemas del paciente adulto, establecer y ejecutar el plan de cuidados y realizar su evaluación. Realizar las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los enfermos y familiares. Seleccionar las intervenciones encaminadas a tratar o prevenir los problemas derivados de las desviaciones de salud. Tener una actitud cooperativa con los diferentes miembros del equipo.

2.18 Identificar las características de las mujeres en las diferentes etapas del ciclo reproductivo y en el climaterio y en las alteraciones que se pueden presentar proporcionando los cuidados necesarios en cada etapa. Aplicar cuidados generales durante el proceso de maternidad para facilitar la adaptación de las mujeres y los neonatos a las nuevas demandas y prevenir complicaciones.

2.19 Conocer los aspectos específicos de los cuidados del neonato. Identificar las características de las diferentes etapas de la infancia y adolescencia y los factores que condicionan el patrón normal de crecimiento y desarrollo. Conocer los problemas de salud más frecuentes en la infancia e identificar sus manifestaciones. Analizar los datos de valoración del niño, identificando los problemas de enfermería y las complicaciones que pueden presentarse. Aplicar las técnicas que integran el cuidado de enfermería, estableciendo una relación terapéutica con los niños y sus cuidadores. Seleccionar las intervenciones dirigidas al niño sano y al enfermo, así como las derivadas de los métodos de diagnóstico y tratamiento. Ser capaz de proporcionar educación para la salud a los padres o cuidadores primarios.

2.20 Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer.

2.21 Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.

2.22 Conocer el Sistema Sanitario Español. Identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión de cuidados. Conocer y ser capaz de aplicar las técnicas de dirección de grupos.

2.23 Conocer la legislación aplicable y el código ético y deontológico de la enfermería española, inspirado en el código europeo de ética y deontología de enfermería. Prestar cuidados, garantizando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia. Individualizar el cuidado considerando la edad, el género, las diferencias culturales, el grupo étnico, las creencias y valores.

2.24 Conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas del ciclo vital, proporcionando cuidados integrales y eficaces, en el ámbito de la enfermería.

2.25 Conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.

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

2.27 Trabajo fin de Grado: Materia transversal cuyo trabajo se realizará asociado a distintas materias.

Fuente: ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE 174, 19 de julio 2008, p. 31680.

Elaboración y negrita propia

Tabla 2.27

Competencias Específicas del Graduado en Enfermería		
1. Práctica profesional ética y legal	1.1. Responsabilidad	<p>1.1.1. Aceptar el deber de rendir cuentas y la responsabilidad de los propios juicios y actos profesionales</p> <p>1.1.2. Reconocer y diferenciar la propia responsabilidad de la de otros miembros del equipo de salud profesionales y no profesionales</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con las responsabilidades profesionales, éticas y legales, comprendiendo las áreas de competencia respecto a la responsabilidad profesional que se describen en este apartado</p>
	1.2. Práctica ética	<p>1.2.1. Ejercer de acuerdo a los códigos deontológicos y de conducta de la profesión</p> <p>1.2.2. Ejercer con respeto a la dignidad, cultura, valores, creencias y derechos de la persona y grupos</p> <p>1.2.3. Defender los derechos de la persona/grupos¹ dentro del sistema de salud</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con las responsabilidades profesionales, éticas y legales, comprendiendo las áreas de competencia ética que se describen en este apartado.</p>
	1.3. Práctica legal	<p>1.3.1. Ejercer de acuerdo con la legislación pertinente y con las leyes comunes</p> <p>1.3.2. Reconocer y responder de forma apropiada a prácticas que pueden poner en peligro a la seguridad, privacidad o dignidad de la persona</p> <p>1.3.3. Integrar los conocimientos, habilidades y actitudes para proporcionar cuidados enfermeros seguros y efectivos</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con las responsabilidades profesionales, éticas y legales, comprendiendo las áreas de competencia de la práctica legal que se describen en este apartado</p>
2. Prestación y gestión de cuidados	2.1. Prestación de cuidados	<p>2.1.1. Valoración</p> <p>2.1.1.1. Utilizar un marco de valoración basado en la evidencia para recoger los datos sobre la salud física, mental y aspectos socio-culturales de la persona y grupo</p> <p>2.1.1.2. Analizar, interpretar y documentar los datos obtenidos</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> 2. Prestación y gestión de cuidados. Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la prestación de cuidados referentes a la valoración que se contemplan en este apartado.</p>
	2.1. Prestación de cuidados	<p>2.1.2 Planificación</p> <p>2.1.2.1. Establecer prioridades para los cuidados en colaboración con la persona y grupo</p> <p>2.1.2.2. Identificar los resultados previstos y el tiempo para lograrlos en colaboración con la persona y grupo</p> <p>2.1.2.3. Revisar y documentar el plan de cuidados en colaboración con la persona y grupo</p> <p>2.1.2.4. Asegurar la continuidad de los cuidados para lograr los objetivos</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la prestación de los cuidados y en este apartado específicamente con la planificación de los mismos.</p>
	2.1. Prestación de cuidados	<p>2.1.3. Ejecución</p> <p>2.1.3.1. Aplicar de forma efectiva, de acuerdo con el plan previsto, los cuidados enfermeros a la persona y grupo</p> <p>2.1.3.2. Responder con efectividad a las situaciones imprevistas o rápidamente cambiantes</p> <p>2.1.3.3. Educar a la persona y grupo para promover la autonomía y el control sobre su salud</p> <p>2.1.3.4. Utilizar los recursos de forma efectiva y eficiente para promover cuidados enfermeros de excelencia</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la prestación de los cuidados y en este apartado específicamente con la fase de ejecución.</p>
	2.1. Prestación de cuidados	<p>2.1.4. Evaluación</p> <p>2.1.4.1. Evaluar los progresos realizados para la consecución de los resultados previstos en colaboración con la persona y grupo</p> <p>2.1.4.2 Documentar y utilizar los resultados de la evaluación para modificar el plan de cuidados</p> <p><i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia referentes a la prestación de los cuidados y en este apartado específicamente referidas a la evaluación de los mismos.</p>
	2.1. Prestación de cuidados	<p>2.1.5. Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales</p> <p>2.1.5.1. Establecer, desarrollar, mantener y finalizar apropiadamente la relación terapéutica</p> <p>2.1.5.2. Comunicarse eficazmente con las persona y grupo para facilitar la prestación de cuidados</p> <p>2.1.5.3. Utilizar estrategias apropiadas para promover la autoestima, dignidad y bienestar de la persona y grupo</p>

¹ El termino grupos incluye a la familia y la comunidad

Tabla 2.27/2

	2.1. Prestación de cuidados	2.1.5.4. Favorecer y apoyar a la persona y grupo en la toma de decisiones <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la prestación de los cuidados y en este apartado específicamente con la comunicación terapéutica y las relaciones interpersonales
	2.2. Prestación de cuidados	2.2.1. Entorno seguro 2.2.1.1. Facilitar un entorno físico, psicosocial, cultura y espiritual, que promueva la seguridad de la persona y grupo <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia referidas a la gestión de cuidados y en este apartado específicamente a garantizar un entorno seguro.
	2.2. Gestión de cuidados	2.2.2. Practica interdisciplinar 2.2.2.1. Colaborar con el equipo interdisciplinar de salud para proporcionar cuidados enfermeros integrales 2.2.2.2. Facilitar la coordinación de los cuidados para el logro de los resultados de salud esperados <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la gestión de los cuidados y en este apartado específicamente con la práctica interdisciplinar
	2.2. Gestión de cuidados	2.2.3. Delegación y supervisión 2.2.3.1. Dirigir, supervisar y evaluar los cuidados delegados para asegurarse de que se efectúen de forma segura y efectiva 2.2.3.2. Delegar a otras personas aspectos de los cuidados de acuerdo con su competencia <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la gestión de los cuidados y en este apartado se hace referencia a la delegación y supervisión
	2.2. Gestión de cuidados	2.2.4. Organización de los cuidados 2.2.4.1. Coordinar, utilizar y gestionar de forma eficaz y eficiente los recursos materiales y humanos 2.2.4.2. Fomentar, gestionar y evaluar la introducción de innovaciones y cambios en la práctica enfermera y en la organización de los cuidados 2.2.4.3. Integrar en la práctica los protocolos y pautas organizativas y los estándares profesionales <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la coordinación, organización y prestación de cuidados enfermeros, comprendiendo las áreas de competencia relacionadas con la gestión de los cuidados y en este apartado se hace referencia a la organización de dichos cuidados.
3. Desarrollo profesional		3.1. Identifica la importancia de la investigación para el logro de los objetivos de salud de la persona y grupos 3.2. Utilizar las mejores evidencias científicas disponibles, la experiencia enfermera y el respeto por los valores y creencias de la persona y grupo al proporcionar y evaluar los cuidados enfermeros 3.3. Apoyar y contribuir a la investigación en los cuidados enfermeros y de salud en general <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la auto evaluación, el desarrollo profesional y el valor de la investigación y de la evidencia científica para la práctica. 3.4. Tomar parte en las actividades de mejora de la calidad <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la auto evaluación, el desarrollo profesional y el valor de la investigación y de la evidencia científica para la práctica 3.5. Contribuir activamente al desarrollo profesional continuado para mejorar la práctica enfermera 3.6. Contribuir al desarrollo profesional de otros miembros del equipo de salud <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la auto evaluación, el desarrollo profesional y el valor de la investigación y de la evidencia científica para la práctica 3.7. Usar la práctica reflexiva para identificar las propias capacidades y limitaciones profesionales y buscar el apoyo adecuado 3.8. Aprovecha las oportunidades de aprender con otras personas que construyen en la atención de salud <i>Observaciones o comentarios respecto la competencia:</i> Esta relacionada con la auto evaluación, el desarrollo profesional y el valor de la investigación y de la evidencia científica para la práctica
Fuente: Escola Universitària Infermeria. Universitat de Barcelona (EUI-UB), (2008). Memoria para la verificación del Título de Grado. Graduado o Graduada en Enfermería por la Universitat de Barcelona.		

Tabla 2.28

<p align="center">Consejo Internacional de Enfermería (CIE) Definiciones de: Enfermera y Enfermería</p>
<p>Enfermera. "Enfermera es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación posbásica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para: 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de la enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación" (CIE, 1987).</p>
<p>Enfermería. "La enfermería como parte integrante del sistema de atención de salud, comprende la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos, los enfermos mentales y las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad. En este amplio espectro de la atención de salud, los fenómenos de especial interés para las enfermeras son "las respuestas de las personas, de las familias y de los grupos a los problemas de salud reales o posibles (ANA, 1980, Pág. 9). Éstas respuestas humanas van desde reacciones de restauración de la salud ante un episodio único de enfermedad hasta la elaboración de una política de promoción de la salud de una población a largo plazo.</p> <p>La función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas, es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que ellas realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo mas rápidamente posible (Henderson, 1977, Pág. 7). En el entorno total de la atención de salud las enfermeras comparten con los demás profesionales de salud y con los de otros sectores del servicio publico las funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas". (CIE, 1987).</p>
<p>Fuente: Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2003). Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista. Serie: Normas y Competencias. <i>International Council of Nurses</i>, Ginebra (Suiza): Pág. 6-7.</p>

En cuanto a la *Competencia comunicativa transversal* en la UB, se presenta entre las competencias transversales propuestas para las titulaciones de dicha universidad. Aparecen las siguientes: Compromiso ético, Capacidad de aprendizaje y responsabilidad, Trabajo en equipo, Capacidad creativa y emprendedora, Sostenibilidad y Capacidad comunicativa. Sobre la competencia comunicativa, se indica lo siguiente: "*Capacidad de comprender y expresarse oralmente y por escrito en catalán y castellano y en una tercera lengua, con dominio del lenguaje especializado de la disciplina. Capacidad de buscar, usar e integrar la formación*" (UB, 2008:6). Por otro lado, la Competencia comunicativa afecta a la normativa sobre cualificación profesional. Al respecto, el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), (RD 1027/2011, de 15 de julio), al establecer el mapa de cualificaciones nacionales para que sea comparable a nivel internacional (los niveles establecidos abarcan la educación superior y otras enseñanzas previas, estas últimas más desarrolladas en el Marco Español de Cualificaciones MECU) se refiere a los referidos niveles de 1: Técnico Superior, 2: Grado, 3: Master: 4: Doctor. Se proponen definiciones de cualificaciones de nivel y descriptores expresados en resultados de aprendizaje. Al respecto del nivel de Grado, refiere lo siguiente: Artículo 6. Nivel de Grado: Lo define como sigue: "Incluye cualificaciones que tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional". A su vez, en dicho nivel se proponen seis descriptores presentados en términos de resultados de aprendizaje. La abstracción de los descriptores más directamente relacionados con la comunicación indican lo siguiente: c) "Tener la capacidad de recopilar e interpretar datos e informaciones sobre las que fundamentar sus conclusiones incluyendo, cuando sea preciso y pertinente, la reflexión sobre asuntos de índole social, científica o ética en el ámbito de su campo de estudio". e) "saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio" (RD 1027/2011), (RD 1027/2011). (Tabla 2.29).

En cuanto al *contraste* entre la competencia *transversal* y la *específica* del Grado de Enfermería de la UB al contemplar los principales documentos preceptivos (Descriptores de Grado del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), BOE para el Grado de Enfermería, Competencias Transversales UB y documento Verifica y Memoria del Documento Verifica para la Titulación Enfermera de la UB), da lugar a la Tabla de comparación adjunta (Tabla 2.30). En la observación de la Tabla indicada pueden apreciarse unas versiones competenciales más globales, en el caso de los documentos de los descriptores del nivel del Grado del MECES (referidas a comprender, expresar con dominio de la disciplina el conocimiento básico adquirido, así como interpretar la información en su contexto) y la Transversalidad Universidad de Barcelona y como la especificidad aumenta al concretarse la temática disciplinar enfermera (BOE y Documento Verifica Universidad de Barcelona, Enfermería). En este caso se explicita la competencia comunicativa de la titulación, a través del establecimiento de una relación terapéutica con el paciente y familia, que integra estrategias y habilidades simultáneas a su comprensión y apoyo y que conduzcan a una eficacia comunicativa⁶⁷.

La impartición de la competencia comunicativa en el Grado de Enfermería esta relacionada con la materia que integra la teoría de la comunicación, que es Psicología General y Evolutiva, según se ha indicado anteriormente y que en la actualidad constituye la asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud, básica de 9 créditos ECTS, ubicada en primer curso. No obstante la comunicación en el Grado de Enfermería, guarda relación con la mayoría de asignaturas que componen esta titulación, ya que los cuidados de enfermería, son esencialmente relacionales. En el programa de la asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud (ver Tabla 2.31), se contempla un apartado de teorías y procesos de comunicación con un tema específico sobre teorías de comunicación. La duración de este tema, como otros del programa es de 2 horas aproximadamente. El conjunto de subtemas que integran el apartado de procesos comunicativos es el siguiente: Teorías de la comunicación. Técnicas de entrevista y

⁶⁷ Se ha prescindido de la competencia que hace referencia a la aplicación de las TICS (BOE, 2008) cuyo estudio no se integra en esta investigación.

tipos de entrevista. Teorías de la atribución: primeras impresiones, relaciones interpersonales. Sistemas de valores y creencias, actitudes, estereotipos y prejuicios. Teorías grupales y dinámica de grupos. Agresividad y violencia. No obstante, cabe tener en cuenta que el conjunto contenidos del programa están imbricados. Por otro lado, a diferencia de la titulación de diplomado, en el Grado de Enfermería se juntaron dos asignaturas: Ciencias Psicosociales Aplicadas (1er curso) con la Enfermería Psicosocial y de Salud Mental (2º curso), que ha dado lugar a la referida asignatura de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud y que se imparten consecutivamente, una primera parte en el primer semestre y una segunda parte en el segundo semestre del primer año de la titulación, según se ha apuntado anteriormente. En relación con la comunicación, en esta segunda parte del programa, se imparte el tema de la relación terapéutica y relación profesional, así como el trabajo en equipo. El programa, sus contenidos y la metodología empleada (clase magistral y seminarios, más trabajos de los alumnos), permite encauzar bien los objetivos propuestos, en todos los casos complejizado por aulas que giran en torno a 100 estudiantes. Sin embargo no existe el diseño integrado de una competencia comunicativa, lo que relega sus contenidos a la modalidad de impartición tradicional, con la salvedad de los trabajos realizados por los estudiantes, su correspondiente presentación y seminarios, aunque no se ha previsto un seminario específico de comunicación con la salvedad del caso de técnicas de entrevista.

En consecuencia, la falta de una focalización expresa en la comunicación enfermera-paciente, junto con un trabajo académico proactivo en perspectiva constructivista, no permite atribuirle a este tema la relevancia que viene adquiriendo progresivamente desde el cambio de siglo, en consonancia con la normativa académica (EEES) y asistencial (Ley 41/2002 de Autonomía del paciente), ni con requerimientos esenciales como el Marco Español de Cualificación para la Educación Superior, que promueve, entre otros aspectos, la movilidad por Europa. En su conjunto, la normativa referida revaloriza la importancia de saber comunicar a un público especializado o no, los elementos sustanciales de una profesión. En suma, es difícil, que desde la perspectiva tradicional, pueda alcanzarse la relevancia atribuida a la competencia comunicativa en la actualidad. No obstante, en las prácticas asistenciales, se va atribuyendo mayor relevancia a la comunicación, el problema es que no existe un "armazón" o estructura académica formal que recoja e integre esta formación y esta competencia. Así, una enseñanza-aprendizaje de comunicación, diluida en la socialización enfermera, no consigue brindar una formación acorde con los requerimientos actuales comentados. Cabe añadir, que tal interés y el de este estudio en general, está focalizado en buscar alguna alternativa docente para la progresión o mejora de la enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa en Enfermería y en ningún caso se ponen en cuestión aspectos del programa, ni de la enseñanza, avalados por una prolongada y reconocida experiencia profesional del equipo docente de la asignatura y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Como aspecto ilustrativo, en cuanto a las competencias y la relevancia de las habilidades interpersonales, en relación con la formación, cabe destacar que en el cuestionario definitivo (de 17 ítems) del proyecto Tuning (2003) para las competencias transversales, las *habilidades interpersonales* en orden de importancia obtuvieron el lugar 5 para los empleadores, el lugar 6 para graduados y el lugar 14 para académicos.

Tuning explica que en general, todas las destrezas interpersonales tienden a ser clasificadas más bajas por los académicos que por los graduados y los empleadores (Tuning 2003: 71-106). En esta línea el Consejo Económico y Social (CES) de España apunta déficits detectados, entre los que refiere habilidades de tipo organizativo, *comunicativo* e innovadoras, que indica que conducen a cuestionar la capacidad del sistema educativo, en especial el universitario, para la adquisición de dichas competencias profesionales y al margen del puesto de trabajo. No obstante, *reconoce que la falta de referentes teóricos en este ámbito*, la ausencia de una cultura pedagógica entre los docentes y el sesgo academicista de la carrera universitaria, puede dificultar la formación en competencias, juntamente con la debilidad de vínculos entre universidad y empresa destacados por el ámbito empresarial. En consecuencia, indica que el proceso de Bolonia debería verse como una oportunidad para elevar la calidad del sistema universitario y conectarle mejor con las nuevas demandas sociales y económicas (CES,

Tabla 2.29

<p align="center">Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES)</p> <p align="center">Descriptor de nivel. Nivel 2: grado</p> <p align="center">Expresados en Resultados de Aprendizaje para la educación superior</p>		
Niveles	Definición de cualificaciones de nivel	Descriptor: Resultados de aprendizaje en comunicación
<p><i>Nivel 2</i></p> <p>Grado</p>	<p>Incluye cualificaciones que tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional.</p>	<p><i>"ser capaces de saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio"</i></p>
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de: a) Real Decreto 1027/2011, que establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) a través del Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm 185 de 3 de agosto de 2011: 87912-87918. pp (BOE, 2011 Núm 185: 87914-87916); b) Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2005). Un marco de cualificaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior. Grupo de Trabajo de Bolonia sobre Marcos de Cualificaciones, Febrero 2005.</p>		

Tabla 2.30

<p align="center">Competencia Comunicativa: Contraste de recomendaciones</p> <p align="center">Descriptorios específicos de Grado MECES, competencia transversal UB, específica del BOE y Título de Grado de Enfermería en la Universidad de Barcelona</p>			
<p>Descriptorios Grado, Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), 2011 (1)</p>	<p>Competencia Transversal UB (2)</p>	<p>Grado Enfermería: BOE 174, 19 de julio 2008 (3)</p>	<p>Grado Enfermería UB (Documento Memoria Verifica) (4)²</p>
<p>c) Tener la capacidad de recopilar e interpretar datos e informaciones sobre las que fundamentar sus conclusiones incluyendo, cuando sea preciso y pertinente, la reflexión sobre asuntos de índole social, científica o ética en el ámbito de su campo de estudio.</p> <p>e) saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio</p>	<p>* Capacidad de comprender y expresarse oralmente y por escrito en catalán y castellano y en una tercera lengua, con dominio del lenguaje especializado de la disciplina</p> <p>* Capacidad de buscar, usar e integrar la formación</p>	<p>2.6 Aplicar las tecnologías y sistemas de información y comunicación de los cuidados de salud.</p> <p>2.8 Identificar las respuestas psicosociales de las personas ante las diferentes situaciones de salud (en particular, la enfermedad y el sufrimiento), seleccionando las acciones adecuadas para proporcionar ayuda en las mismas. Establecer una relación empática y respetuosa con el paciente y familia, acorde con la situación de la persona, problema de salud y etapa de desarrollo. Utilizar estrategias y habilidades que permitan una comunicación efectiva con pacientes, familias y grupos sociales, así como la expresión de sus preocupaciones e intereses.</p>	<p>2. Prestación y gestión de cuidados</p> <p>2.1. Prestación de cuidados</p> <p><i>2.1.5. Comunicación terapéutica y relaciones interpersonales</i></p> <p>2.1.5.1. Establecer, desarrollar, mantener y finalizar apropiadamente la relación terapéutica</p> <p>2.1.5.2. Comunicarse eficazmente con las persona y grupo para facilitar la prestación de cuidados</p> <p>2.1.5.3. Utilizar estrategias apropiadas para promover la autoestima, dignidad y bienestar de la persona y grupo</p> <p>2.1.5.4. Favorecer y apoyar a la persona y grupo en la toma de decisiones</p>
<p>Fuentes: Elaboración propia a partir de:</p> <p>(1) Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES). BOE, RD 1027/2011, Núm. 185, 3.8. 2011: 87912-87918</p> <p>(2) Universitat de Barcelona (UB), (2008) (b). Competències transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerektorat de Política Docent, Universitat de Barcelona. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.</p> <p>(3) ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE 174, 19 de julio 2008, p. 31680.</p> <p>(4) Universitat de Barcelona (UB), (2009) (c). Memoria para la verificación del Título de Grado Graduado o Graduada en Enfermería por la Universitat de Barcelona.</p>			

² Las competencias específicas del Grado de Enfermería se tratan aparte en el apartado correspondiente.

Tabla 2.31

Programa: Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut	
Objectius d'aprenentatge	
Referits a coneixements	
Blocs temàtics	
1. Introducció a les ciències psicosocials	
1.1	Concepte i aportacions de l'antropologia, la sociologia i la psicologia a les ciències de la salut
1.2	Bases teòriques de la psicologia de la salut, finalitat i aplicacions en les ciències de la salut
1.3	Models teòrics que fonamenten la psicologia de la salut
2. Teories i processos psicològics que expliquen el comportament humà	
2.1	Teories psicoanalítica, dinàmica, humanista, conductual, cognitiva, Gestalt, sistèmica i anàlisi transaccional
2.2.	Bases biològiques del comportament humà
2.3.	Processos perceptius i salut
2.4.	Processos emocionals i motivacionals en relació amb la salut, amb la manera d'afrontar les situacions de salut i de malaltia; teories dels mecanismes d'afrontar l'estrès
2.5.	Processos cognitius, teories del pensament envers la presa de decisions i resolució de problemes en situacions de salut i de malaltia
2.6.	Teories de la intel·ligència i la memòria
2.7.	Teories de la personalitat
2.8.	Desenvolupament cognitiu-conductual i emocional al llarg del cicle vital
2.9.	Dimensió sexual humana. Motivació sexual. Manifestacions de la sexualitat al llarg del cicle vital. Programes de salut sexual i d'educació afectiva-sexual
3. Teories i processos de comunicació	
3.1.	Teories de la comunicació.
3.2.	Tècniques d'entrevista i tipus d'entrevista
3.3.	Teories de l'atribució: primeres impressions, relacions interpersonals
3.4.	Sistemes de valors i creences, actituds, estereotips i prejudicis.
3.5.	Teories grupals i dinàmica de grups
3.6	Agressivitat i violència

Tabla 2.31/2

	Conceptes d'intervenció psicosocial aplicada	Referits a habilitats, destreses
4.	Conceptes d'intervenció psicosocial aplicada	
4.1	Introducció a la intervenció psicosocial	— Diferenciar els factors que intervenen en el bon funcionament d'un equip interdisciplinari i multidisciplinari, i demostrar l'habilitat adquirida mitjançant la participació harmònica i productiva en els treballs de grup.
4.2.	La persona com a unitat de relació: autoconcepte, autoestima i autocura en infermeria	— Adquirir coneixements sobre tècniques específiques d'intervenció cognitiva conductual i demostrar l'adquisició d'habilitats d'aplicació.
4.3.	La relació professional i el treball en equip	— Descriure l'impacte de la malaltia com a situació de canvi i crisi, així com els recursos de suport disponibles.
4.4.	La relació terapèutica. Actituds i habilitats que donen lloc a un acompanyament adequat	— Comprendre els elements psicosocials que comporten determinades situacions de malalties (cròniques, terminals, quirúrgiques i UCI).
4.5	Tècniques d'intervenció cognitiva-conductual en infermeria	
4.6..	Mètodes per millorar el benestar del pacient	
5.	Elements comuns en la situació de malaltia i d'hospitalització	
5.1.	Factors psicosocials que intervenen en la malaltia i l'hospitalització	— Identificar les pròpies necessitats personals per millorar i potenciar el benestar personal i el rendiment professional.
5.2.	L'angoixa i l'estrès com a components bàsics d'emmalaltir	— Identificar les pròpies necessitats personals per millorar i potenciar el benestar personal i el rendiment professional, dissenyant, aplicant i avaluant un pla d'autocores que reflecteixi actituds de salut mental positiva.
5.3.	Aspectes psicosocials del dolor	— Comprendre els elements que intervenen en una relació d'ajuda a partir del coneixement i el manteniment d'actituds i d'habilitats relacionals específiques.
5.4.	Les pèrdues i el procés de dol.	— Identificar les respostes psicosocials més comunes que acompanyen la situació de malaltia (angoixa, dolor, pèrdua i dol)
6.	Intervenció psicosocial infermera en situacions específiques de salut	
6.1	La família com a client	
6.2.	Aspectes psicosocials del pacient quirúrgic	
6.3.	Aspectes psicosocials del pacient ingressat a la unitat de cures especials	
6.4.	Aspectes psicosocials de la persona amb malaltia crònica	
6.5.	Aspectes psicosocials del pacient terminal	
<p>Fuente: Programa de Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut. Curso Académico 2015-2016. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona . (Elaboración propia)</p>		

2009: 250-265). En esta línea, el informe CYD⁶⁸ de 2013, presentado por el secretario general de la OCDE, (Ángel Gurría), considero "alarmante" la baja calidad y adecuación al mercado laboral de las enseñanzas universitarias españolas, que sitúan a los titulados en los niveles más bajos a nivel mundial en resolución de problemas y competencias como la lectura o las matemáticas (CYD, 2013).

2.5. Importancia del lenguaje en la construcción social de la realidad: la mirada constructivista de Berger y Luckmann

*La sociedad es un producto humano.
El hombre es un producto social*

Berger y Luckmann (1983)⁶⁹

La tesis fundamental de la obra, según los autores, es que "que la realidad se construye socialmente y el hombre es un producto social". En este propósito, definen "realidad" "como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no, podemos hacerlos desaparecer)" (p. 13). Se trata de una aportación a la sociología del conocimiento⁷⁰, que según los autores esta dada por las diferencias observables entre sociedades en razón de lo que en ellas se da por establecido como "conocimiento". Refieren, que la sociología del conocimiento debiera ocuparse de los modos generales por los cuales las "realidades" se dan por conocidas en las sociedades humanas, es decir tratar no solo de las variaciones empíricas del "conocimiento" en las sociedades humanas, sino también de los procesos por los que *cualquier* cuerpo de "conocimiento" llega a quedar establecido socialmente *como* "realidad"(p. 15). Podría representar una aplicación específica de lo que Nietzsche denominó el "aire de la desconfianza" (p. 20). Berger y Luckmann (1983), definen el "conocimiento" "como la certidumbre de que los fenómenos son reales y poseen características específicas". (p. 13). Precisan que su estudio no es de sociología del conocimiento sino un "análisis fenomenológico", puramente descriptivo y como tal "empírico" pero no "científico" y así dicen que consideran la naturaleza de las ciencias empíricas (p. 37).

Por otro lado, recogiendo ideas de Werner Stark (quien tiene el propósito de dejar atrás el problema de la ideología Mannheim), refieren que la tarea de la sociología del conocimiento no ha de consistir en desenmascarar o revelar las distorsiones que se producen socialmente, sino en el estudio sistemático de las condiciones sociales del conocimiento en cuanto a tal (p 15-27). Por eso sostienen, que la sociología del conocimiento debería ocuparse de todo lo que la sociedad considera conocimiento, sin detenerse en la validez o no validez de dicho conocimiento y de esta forma captar los procesos a través de los cuales una "realidad" ya

⁶⁸La Fundación CYD, es promotora de la contribución de las universidades españolas al desarrollo económico y social de España. <http://www.fundacioncyd.org/>

⁶⁹ Berger y Luckmann (1983), La construcción social de la realidad. Amorrortu editores. Buenos Aires.

⁷⁰ Para los autores, la sociología del conocimiento en su propuesta básica proviene de Marx, a saber: que la conciencia del hombre esta determinada por su ser social. Refieren que también heredo de Marx conceptos como "falsa conciencia" (pensamiento alejado del verdadero ser social, del que piensa) e "ideología" (ideas que sirven como arma para intereses sociales), que constituyó un problema clave para Mannheim. Para Mannheim, el pensamiento humano, no puede ser resistente a las influencias ideologizantes de su contexto social, por eso proponía para la sociología el mayor numero de análisis de variantes de posiciones construidas socialmente para su mitigación, al no ser posible su evitación). Ideología y utopía, Aguilar 1958, Madrid] (en Berger y Luckmann, 1983: 18-19).

establecida "cristaliza" para el hombre de la calle. Esto justifica la ocupación de la sociología del conocimiento del análisis de la construcción social de la realidad (p. 15).

Para los autores, el acuerdo obtenido hasta entonces, era que la sociología del conocimiento se ocupaba de la relación entre el pensamiento humano y el contexto social en el que se originaba. Estos autores, refieren que la sociología del conocimiento se ha dedicado principalmente a cuestiones epistemológicas y de historia intelectual y clarifican que desechan el marco de los problemas epistemológicos y metodológicos, por lo que explicitan que su trabajo versa sobre teoría sociológica, *no* sobre metodología de la sociología. Sugieren una nueva definición trascendente sobre el alcance de la sociología del conocimiento, más amplia de lo adjudicado hasta entonces (p. 17-31). Sobre este sustrato teórico básico, los autores edifican su proceso descriptivo de análisis, que versa sobre el mantenimiento y reproducción de la construcción social de la realidad, sobre el que se incidirá de nuevo a propósito del marco teórico de este estudio. A partir de aquí, en este apartado, interesa desentrañar el lugar que ocupa el lenguaje en la construcción social de la realidad, mediante el proceso de adquisición y de reproducción de conocimiento, como aspecto esencial afín al contenido de este trabajo.

Berger y Luckman (1983) proponen tres procesos principales a través de los cuales la realidad se mantiene y reproduce y en su caso, se modifica. Se trata de: 1) externalización (a través del lenguaje y la comunicación cara a cara), 2) objetivación (institucionalización y legitimación), 3) subjetivación (socialización primaria y secundaria). La externalización se realiza a través del lenguaje, que supone el sistema de signos (con potencial de "facticidad" externa, las palabras se "objetivan" en la conciencia) más importante de la sociedad humana. La forma primaria de externalización del lenguaje es a través de las relaciones cara a cara, de la cual derivan todas las demás relaciones. La relación cara a cara, permite conjugar subjetividades de los involucrados (aunque nunca se conoce la subjetividad del otro como la de uno mismo, aspecto que facilita la reflexividad propia) para lo cual la situación debe ser "negociada". Existe una cierta tipificación de estas situaciones (sería por ejemplo, la tipificación compatible con la descripción de Goffman), que forma parte del conocimiento primario aprendido (ej interpretamos cuando uno es asiático y que además se muestra enfadado), sin embargo, es imposible predecir o protocolizar todos los comportamientos situacionales a los que puede dar lugar la actuación humana en la relación cara a cara.

Otras particularidades del lenguaje, responden a que comporta lejanía en la distancia de la situación cara a cara, hasta el punto que en ausencia de este tipo de relaciones cara a cara se experimenta anonimato. Sin embargo los universos simbólicos, configuran cierta continuidad entre el pasado y el presente, (como sucede, por ej. con la religión y el arte) y configuran mecanismos de identificación con otros semejantes. El proceso descrito, encuentra su plasmación a través de la institucionalización (es histórica, siempre nos precede) en la que se producen habituaciones o tipificaciones que se legitiman socialmente, a través de la transmisión de conocimiento y roles (por ej. en la familia) por medio del lenguaje y junto a los universos simbólicos aludidos, producen cohesión a la acción social. Todo este proceso se aprehende (subjetivación) a través de la socialización primaria y secundaria. Cabe agregar, que el lenguaje es coercitivo, es decir, sirve a las instituciones para favorecer procesos de "adaptación" a los recién llegados y para ello dispone de normas sancionadoras (ej a quien no cumple con los cánones, se le trata de ignorante o desviado), que a su vez, se aplican para mantenimiento de la propia institución. Por su parte, los miembros de la institución, se convierten también en controladores de su orden.

El hecho de que la "realidad" parta de la externalización del lenguaje a través de las relaciones cara a cara de forma primaria y las características de "imprevisibilidad" de este tipo de relación (a "negociar"), es lo que justifica el carácter constructivista de la comunicación, así como la perspectiva adoptada por Berger y Luckman (1983), puesto que dicha externalización, como parte del proceso, es el origen de la construcción social de la realidad. Es desde el lenguaje, como instrumento único y la relación cara a cara como célula básica, que se posibilita que el conocimiento sea transmitido por medio de los procesos de mantenimiento y

reproducción social de la realidad: objetivación (instituciones y legitimación) y subjetivación (socialización primaria y secundaria).

Principales rasgos de aportaciones analizadas en la contextualización del problema:

Cuidados de enfermería y comunicación:

Periodo 1990-2009 (exploración documental general):

- Cuidados vinculados con trabajo físico y doméstico (May, 1990)
- Comunicación asistencial en UCI, muy deficitaria (Bengoechea, 2001)
- La comunicación del estudiante de enfermería con el paciente, empeora conforme adquiere experiencia y educación (Shatell, 2004)
- No hay suficiente investigación descriptiva general y conceptual para la interacción enfermera paciente y la comunicación (Fleischer et al. 2009)
- Faltan estudios que sustenten intervenciones educativas para mejorar la comunicación (Fleischer et al. 2009).

Periodo 2000-2015 (exploración documental focalizada en cuidados críticos):

- Persisten dificultades similares a las de décadas anteriores, aumenta el interés en el caso de pacientes graves y cuidados paliativos (Gallagher et al. 2015), (Ganz, et al. 2015), (Pascual Fernández, 2014).
- La capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias, reduciendo los efectos negativos del impacto de la muerte en estudiantes de enfermería (Edo-Gual et al. 2015), (Hold, Blake, Ward, 2015) (Edo-Gual et al. 2014).

Sobre aportación de Berger y Luckmann (1983):

- El lenguaje y la comunicación cara a cara participan en la producción, mantenimiento y reproducción de la construcción social de la realidad

III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3. Planteamiento del problema

El problema de comunicación enfermera o estudiante de enfermería y paciente se detecta a partir de estudios obtenidos en torno al cambio de siglo XX al XXI junto con observaciones a partir de la propia experiencia docente en esta profesión, que en su conjunto permiten establecer la pregunta de investigación, hipótesis y objetivos del estudio. Al respecto cabe agregar que la investigación enfermera en España, era limitada en las últimas décadas del siglo XX, según refiere un estudio bibliométrico sobre la producción científica enfermera en la década 1985-1994, donde analiza 622 publicaciones. Añade que el principal foco de interés era la salud del adulto en general dentro del contexto clínico-asistencial de atención especializada (Pardo, Mallebrera, García Meseguer, Collado, Delicado, 2001: 51). Otro estudio confirma que en la segunda mitad del siglo XX, en enfermería se atribuye primacía a los aspectos técnicos, relegando a la comunicación un lugar importante aunque secundario (Bengoechea, 2001: 267). A partir de veinte estudios del ámbito internacional recogidos por esta última autora, en veinte años (1980-1999), se puede constatar (Tabla 2.1.) que no presenta estudios procedentes de España durante esa época y que el ámbito internacional incrementa la presencia de estudios de comunicación enfermera-paciente partir de los años 90. Para el mejor afianzamiento del problema de investigación, se realiza un seguimiento a lo largo del desarrollo de todo el proceso de la tesis. Esta revisión bibliográfica en profundidad, se organiza en torno a dos periodos: 1990-2009 y 2000-2015, donde se aporta evidencia de que el problema planteado persiste en la actualidad, información que se integra en el apartado de contextualización del problema. Los primeros estudios localizados que permiten establecer la pregunta de investigación, hipótesis y objetivos del presente estudio, corresponden a los años 1990-2002 y parten de la siguiente información:

Un estudio crítico con las actuaciones comunicativas enfermeras en el ámbito asistencial (May, 1990), donde el autor incluye referencias acerca de estudiantes de enfermería. Refiere especialmente estudios realizados una o dos décadas anteriores. En base a las aportaciones de Melia (1981), indica aspectos como los siguientes: Las tareas de los estudiantes están definidas por gestores cualificados de los hospitales, que evalúan sus habilidades de rutina enfermera y tareas de tipo doméstico. Las habilidades se traducen en hacer trabajo físico, importante en los informes de estos estudios. Existe tensión entre la expectativa adquirida por los estudiantes en las escuelas y las posibilidades asistenciales para relacionarse con los pacientes en su trabajo en el hospital, el estudiante se estresa si el paciente quiere hablar porque "tiene trabajo por hacer". Hablar con el paciente solo es posible una vez finalizado el "trabajo". Un cuidado individual al paciente es difícil. Valores y prácticas ejercen una fuerza poderosa en los estudiantes ante las posibilidades de interacción paciente-enfermera y sobre aquellos pacientes que requieran una relación "terapéutica". En servicios de cirugía, destaca la poca comunicación entre enfermeras y médicos y la falta de información en manos de enfermeras, con más tiempo en contacto directo con los pacientes. Las enfermeras jóvenes hacían posible relaciones cercanas con algunos pacientes. Sin embargo esta interacción verbal, era a menudo rutinaria porque estaba bajo un estricto control médico. Cuando se produce la falta de habilidades concretas en comunicación, es fruto de un problema de descuido educacional y en su caso de falta de conocimiento (Melia, 1981, citado por May, 1990). El estrés y el comportamiento defensivo se acentúan cuando el paciente tiene angustia y ansiedad y es un paciente moribundo (May, 1990).

Otras aportaciones realizadas por el mismo autor, reúnen estudios de otros autores como: Las características de la interacción enfermera-paciente en tiempo de duración giran en torno a 1 minuto o poco más. Consiste en una conversación limitada y controlada, orientada en la superficialidad y la rutina, con preguntas dirigidas en búsqueda de respuestas breves (Macleod Clark, 1982)(citado por May, C. 1990). Faulkner (1980) detectó una media de 2-3 minutos en los intentos de comunicación de los estudiantes de enfermería con los pacientes (May, 1990). El entrenamiento de las enfermeras es hacer prácticas, y no tomar necesariamente el camino de la teoría. (De la Cuesta, 1983; Melia, 1981, 1987; Ryan, 1989 citados por May, 1990). El trabajo de enfermería para Williams (1974), es claramente disconforme con la ideología del profesionalismo y según Clarke (1978), la definición del trabajo de enfermería es manual y físico. En resumen, Melia (1981), refiere **barreras reales para la creación de relaciones terapéuticas**, si hablar con los pacientes supone falta de trabajo, aspecto corroborado por Clarke (1978), Williams (1974), según recoge May (1990).

En España se obtiene el estudio de Bengoechea (2001) donde recoge 20 estudios recopilados en 20 años (1980-1999) acerca de la comunicación enfermera-paciente con especial atención en el caso de UCI. La autora mencionada destaca que la poca idoneidad comunicativa de enfermería con el paciente es reproducida por el estudiante, que no relaciona la comunicación con la relación terapéutica. Observa también desvinculación emocional de la enfermera al comunicarse con el paciente (independientemente de las emociones y reacciones de los pacientes) y orienta también mayor respeto a las familias de los pacientes y su integración en el proceso de cuidados (Bengoechea, 2001). Otros estudios realizados en aquellos momentos en España, desde otras profesiones de salud corroboran que la relación con las familias y la gravedad del paciente genera estrés (burnout), y/o comportamiento defensivo a las enfermeras. También que la mayor dificultad expresada es para poder aliviar el sufrimiento de pacientes y familias. Se tiene menos dificultad de responder al paciente sobre preguntas de su enfermedad. (Ulla, Arranz, Argüello, Cuevas 2002). También, estudios teóricos de enfermería apuntan que no se reconoce el valor central de la comunicación en la relación de ayuda y la falta de preparación en habilidades de comunicación en los estudios de enfermería. Se considera que la comunicación es un tema casi siempre dejado en manos de la intuición e idiosincrasia enfermera (Cibanal, Arce, Siles, Galao, 2000). Para generalizar un habilidad aprendida es necesario tanto su repetición como verla reflejada en otros (Cibanal y Bevia, 1999) a lo que se agrega que esta falta de preparación es un factor personal de riesgo en unidades de cuidados intensivos (Ulla, Arranz, Argüello, Cuevas 2002).

En consecuencia, la concreción del problema que se plantea en base a la documentación expuesta, analizada y a su contextualización, consiste en que los cambios sociales (culturales, jurídicos, políticos y educativos) ocurridos en el cambio del siglo XX al XXI, intervienen en la educación universitaria y afectan de una forma determinada a la formación de profesionales de la salud y en consecuencia a enfermería. Es especialmente relevante, la formación basada en competencias (EEES), por falta de antecedentes en esta modalidad formativa, que se agudiza, si cabe, en el caso de la comunicación en la disciplina enfermera que presenta, a juzgar por las referencias apuntadas, importantes lagunas a cubrir. Ello induce a pensar, en la conveniencia de reconducir su enseñanza-aprendizaje para buscar su adecuación a las exigencias del Espacio Europeo de Educación Superior y al nuevo milenio. Es desde esta perspectiva, que cuestiones planteadas en torno a la comunicación enfermera-paciente, se ven como un problema y una necesidad pendiente de adecuar o resolver en el Grado de Enfermería, que requiere de una atención específica que plantee propuestas de mejora o solución. Esta es la intención que guía el presente estudio. De todo ello se deriva la siguiente:

3.1. Pregunta de investigación

Gira en torno a las formulaciones siguientes:

- ¿Qué concepción tienen los estudiantes de enfermería de su formación en comunicación?
- ¿Por qué dichos estudiantes evitan comunicarse con los pacientes graves y sus familias, durante sus prácticas asistenciales?
- ¿Hasta que punto el fracaso formativo en la comunicación enfermera-paciente, es el resultado de la inadecuación del programa teórico y teórico-práctico docente?
- ¿Hasta que punto el fracaso formativo en la comunicación enfermera-paciente, es el resultado de relaciones de fuerza entre diversas categorías de actores, que tienen recursos y estrategias de actuación diferentes?
- ¿Cómo podría explicarse toda esta situación?
- ¿Cómo podría mejorar esta situación?
- ¿Cómo podría adecuarse a las exigencias del EEES, la impartición de un programa docente que impulsara la competencia comunicativa en enfermería?

3.2. Hipótesis

En base a los planteamientos previos, se plantean las tres hipótesis siguientes:

1. La socialización secundaria del estudiante enfermería, no consigue una modalidad relacional y comunicativa fluida con el enfermo y su familia y se convierte en ambigua o evitativa a medida que aumenta la gravedad del paciente.

El contraste de las fuentes primarias del estudio con fuentes secundarias relacionadas con esta temática, permitirá profundizar en la comprensión del fenómeno desde una perspectiva sociológica.

2. Entre los diversos factores que potencialmente inciden en dicho fenómeno, se incluye la posibilidad de que la modalidad docente teórica y teórico-práctica, no se ajuste debidamente a las necesidades y expectativas de los estudiantes, ni a los requerimientos asistenciales actuales.

Innovaciones en los contenidos teóricos, que contemplen aspectos de la educación emocional, según orientaciones de neurociencia y la psicopedagogía, permitirían configurar una propuesta formativa que podría mejorar las habilidades de afrontamiento de los estudiantes ante la muerte y gestión de malas noticias. El beneficio de este aprendizaje podría repercutir tanto en el bienestar del paciente y de su familia, como en la protección emocional de los propios estudiantes en a favor de su futuro desempeño profesional.

3. Entre los diversos agentes a tener en cuenta en dicho fenómeno, cabe contemplar la posibilidad de que la dinámica asistencial, no favorezca una socialización facilitadora de la interactividad de los estudiantes.

La incorporación de estrategias pedagógicas proactivas en los contenidos de un programa de comunicación, podría favorecer un tipo de enseñanza-aprendizaje significativo, que entrenara la participación del estudiante en la actividad relacional propia del ámbito asistencial. Este tipo de recursos didácticos, estaría más acorde con los requerimientos de los estudiantes, los del EEES y las expectativas actuales para la profesión enfermera.

3.3. Objetivos

Objetivo general

Analizar la formación en comunicación en los estudios de la Diplomatura Universitaria de Enfermería, identificando los elementos que se consideran esenciales y profundizando en teorías y modelos de la comunicación humana, que permitan elaborar una propuesta formativa encaminada a una comunicación de calidad en los estudios de grado de enfermería.

Objetivos específicos

1. Explorar la preocupación que los estudiantes de enfermería muestran, hacia la comunicación con el paciente y su familia en los distintos niveles asistenciales, como parte del desempeño de sus actuaciones durante el periodo de socialización.

2. Identificar las dificultades relacionales que expresan tener los estudiantes durante sus prácticas con el paciente y familia, y de forma especial, con el paciente grave y su familia.
3. Estudiar la opinión que a profesionales de enfermería con diversos grados de veteranía y estatus, les merece la relación comunicativa de los estudiantes con el paciente y su familia, y especialmente ante la gravedad y la muerte.
4. Analizar las aportaciones de los informantes, a fin de profundizar en los aspectos esenciales obtenidos con la perspectiva de optimizar una propuesta formativa.
5. Contrastar las fuentes primarias del estudio con otras fuentes secundarias relacionadas con esta temática, de forma que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno desde una perspectiva sociológica.
6. Elaborar una propuesta formativa que contemple y prevea la mejora de los elementos que dificultan la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en el estudiante, a la vez que concuerde con la faceta comunicativa del cuidar en el presente, mediante la actualización de sus contenidos.

IV
MARCO TEÓRICO

4. Marco teórico

El marco teórico plantea la perspectiva epistemológica del presente estudio, así como las líneas que sustentan los diferentes enfoques que permiten encauzar el fenómeno comunicativo que se aborda en el desarrollo de esta investigación. Para ello, se exploran teorías de la comunicación humana, de forma general, donde los mismos expertos apuntan su gran heterogeneidad que no aúna su conjugación. Como concepto vinculado con el desarrollo del presente estudio, se explica la emergencia del constructo de competencia comunicativa desde la Antropología en la segunda mitad del siglo XX. A la vez, la adscripción sociológica de la presente investigación resulta afín a connotaciones de la microsociología, dado su interés por el enfoque situacional y la relación cara a cara, así como a la perspectiva interpretativa, de la que se recogen ideas clave en torno al desarrollo de la comunicación social. Particularmente, el enfoque constructivista a través de Berger y Luckmann (1983), orienta la producción y reproducción de conocimiento, en relación con la construcción social de la realidad. Posteriormente, se obtiene sustento teórico a través de la propuesta de una matriz de siete tradiciones comunicativas (metamodelo constitutivo y teoría de la comunicación como metadiscurso). En el campo de la salud, se revisan orientaciones formativas institucionales para profesionales y las principales teorías nucleares de interés para la construcción de la relación asistencial, en especial en enfermería. Finalmente, ante una perspectiva multiteórica compleja como la indicada, a partir de recomendaciones de la OMS, el Consejo Internacional de Enfermería y de estudios complementarios, se recogen propuestas de dimensiones amplias para encauzar la armonización de significados en la formación comunicativa en enfermería.

La multiplicidad de perspectivas y enfoques en relación al objeto y al método de estudio son propios de la sociología, cuya orientación parte de sus propios expertos, como puede ser el caso de Díez Nicolás (1969:12), que los refiere como "todos ellos parciales, necesarios y útiles para el fin que es común a la totalidad: el querer dar una respuesta adecuada al problema de la vida en sociedad" (Díez Nicolás 2013: 8). Cabe destacar que según Nagel⁷¹ (1961:90) (citado por Díez Nicolás, 2013:10), "los componentes de la teoría deben ser: 1) un calculo abstracto que constituye el esqueleto lógico del sistema explicativo y que define las nociones básicas del sistema; 2) un conjunto de reglas que asignan efectivamente un contenido empírico del calculo abstracto relacionándolo con los materiales concretos de la observación y el experimento y 3) una interpretación o modelo para el calculo abstracto, que proporcione algo de carne al esqueleto estructural a base de materiales visualizables o conceptuales mas o menos familiares" (Díez Nicolás, 2013:10-11). Estos aspectos se contemplan en la elaboración de este trabajo, de los que se da cuenta a través de los correspondientes apartados de su desarrollo, tratando de aportar en este espacio "aspectos del esqueleto lógico del sistema explicativo" según refiere Díez Nicolás, (2013: 11).

4.1. Teoría, escuelas y perspectivas tradicionales de comunicación

Una de las características destacadas de la comunicación es su *heterogeneidad* teórica. La comunicación esta establecida como una disciplina académica (cursos, libros, revistas, etc.). Sin embargo, la teoría de la comunicación, sigue siendo una colección de ideas sin unidad (Craig, 1999: 120, 2007:4; García Jiménez, 2006: 218) y carece de un objeto de estudio claramente

⁷¹ Considerado uno de los grandes metodólogos de la ciencia en general y de las ciencias sociales en particular (referencia citada y atribuida por Díez Nicolás, 2013:10)

definido y de un sistema unívoco y consensuado de aproximaciones teóricas (Sánchez y Campos, 2009: 1). Estos aspectos, junto con puntos de partida y métodos procedentes de disciplinas diversas, son aspectos compartidos por múltiples autores como Martín Serrano (1982), Mattelard y Mattelard (1997), Vasallo y Fuentes (2001), Galindo (2005), Alonso y Saladrigas (2006) y Cornejo (2006). (Garza, 2009:53). Por todo ello, los más variados contextos históricos han dado lugar a escuelas, corrientes y tendencias de tipologías diversas en comunicación, sin verse privadas de tener afinidades (Mattelart y Mattelart 2003: 9-11). A todo ello puede añadirse, el carácter cíclico de las temáticas de investigación (como por ej la vuelta de la mirada etnográfica en los años ochenta, con ocasión de la crisis de las visiones totalizadoras de la sociedad) y la dificultad de adscripción de algunos autores (como por ej. el caso de Goffman, adscrito a veces al Interaccionismo Simbólico y otras a la Escuela de Palo Alto, frente a su resistencia a ser encasillado). En conjunto el intenso y polémico crecimiento de todo este campo en los últimos años, ha hecho que la sistematización y la evaluación de teorías se haya convertido en una actividad destacada en la reflexión teórica de la comunicación. De ello se deriva que la teoría de la comunicación se estudie a sí misma, sin haber obtenido resultados concluyentes en esta realidad (Martín Algarra, 2009: 151-152) Sin embargo, tanta controversia mantiene cierta semejanza en la concepción de la comunicación dentro de la sociedad (Rodrigo Alsina, 2001: 162), en paralelo a una especie de "espejismo" de que todo esta por crear (Mattelart y Mattelart 2003: 9-11).

Derivado de todo lo anterior, al analizar la teoría, un primer aspecto que llama la atención es que las clasificaciones de fuentes y nomenclaturas de escuelas que alimentarían las teorías de comunicación no coinciden entre autores (por ej. se atribuye como paradigma lo que en otra fuente aparece como tendencia, escuela, perspectiva o vía) con lo que de nuevo surge heterogeneidad entre autores (Rodrigo Alsina, 2001: 162). En consecuencia, todo ello puede dar cuenta de la dificultad de cualquier aproximación estrictamente cronológica a estas teorías, dado que flujos y reflujos impiden cualquier trayectoria lineal (Mattelart y Mattelart 2003: 10). Estas constataciones pueden verse reflejadas en obras de renombre, como por ejemplo, Rogers con su *History of Communication Study A Biographical Approach (1994)*, una obra clásica en el estudio de la investigación en comunicación, especialmente en EEUU, que no se detiene demasiado en la sistematización teórica. Con pretensiones y extensiones diversas, son clásicos los intentos realizados también por Delia, Littlejohn, y en España, entre otros, Moragas y Rodrigo Alsina (Martín Algarra, 2009: 154-155). Mattelard y Mattelard (2003) es otra de las obras clásicas dentro del tema que presenta también su intento de sistematización que junto con Rodrigo Alsina (2001) sustenta aportaciones de esta recopilación en el presente estudio.

En torno al *concepto de comunicación*, los términos "comunicar" y "comunicación" se localizan en el siglo XVI en Francia e Inglaterra. Proceden del latín "*communicare*" (participar en común, poner en relación), próximos a "comunió". Se relacionan también con "practicar" una noticia y comienzan a significar "transmitir" (por ejemplo, una enfermedad). A partir del siglo XVIII y durante el XIX, a los medios de transporte en desarrollo se les llama también medios de comunicación y ya en el siglo XX, se emplea para las industrias de prensa, radio, televisión, etc. En 1970, el término comunicación se incorpora en el vocabulario científico y se incorpora en el suplemento del diccionario Grand Robert de lengua francesa (Winkin, 1994:12-13). En el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), las acepciones al término comunicar son similares a lo indicado anteriormente, (DRAE, 2001). Según T. Clevenger Jr., el hecho de que el verbo "comunicar" este bien establecido en el léxico común, dificulta su captación para el ámbito científico (Littlejohn 2008: 3).

En los intentos de *definición*, un caso reconocido es el de Dance (1970) (Tabla 4.1), que revisó 95 definiciones de comunicación publicadas entre 1950 y 1960 y llegó a la conclusión de que las definiciones difieren de muchas maneras y establece 15 tipos conceptuales relacionados de los que se derivan tres tipos de diferenciación básica. De aquí que autores como por ej. Fisher (1978) y Murphy (1991), apuntaron que discutir sobre las definiciones de la comunicación no tenía sentido a lo que Craig (1999) se cuestiona, si no es el concepto primario el que constituye el campo de estudio común (Craig, Muller, 2007: 65). Los puntos de diferenciación conceptual crítica formulados por Dance (1970), dan lugar a las siguientes distinciones: 1) *Nivel de observación o abstracción*. Algunas definiciones son amplias o

Tabla 4.1

Componentes conceptuales de la comunicación (Dance 1970)	
1. Símbolos/Verbal/Habla <i>(Symbols/Verbal/Speech)</i>	"La comunicación es el intercambio verbal de pensamiento o de una idea"
2. Entendimiento <i>(Understanding)</i>	"La comunicación es el proceso por el cual entendemos a los demás y a su vez en el empeño de ser entendido por ellos. Es dinámico, en constante evolución y su respuesta cambia a la situación total "(Andersen, 1959).
3. Interacción/Relación/Proceso social <i>(Interaction/Relationship/Social Process)</i>	"Interacción, incluso a nivel biológico, es un tipo de comunicación, de lo contrario los actos comunes no pueden ocurrir" (Mead, reimpreso 1963).
4. Reducción de la incertidumbre <i>(Reduction of Uncertainty)</i>	"La comunicación surge de la necesidad de reducir la incertidumbre, para actuar con eficacia, para defender o fortalecer el ego" (Barnlund, 1964).
5. Proceso <i>(Process)</i>	"Comunicación: la transmisión de información, ideas, emociones, habilidades, etc, por el uso de símbolos, palabras, imágenes, figuras, gráficos, etc. Es el acto o proceso de transmisión que generalmente se llama comunicación" (Berelson y Steiner, 1964).
6. Transferencia/Transmisión/Intercambio <i>(Transfer/Transmission/Interchange)</i>	"El hilo conductor parece ser la idea de que algo se transfiere de una cosa o persona, a otra. Nuestro método de "comunicación" supone a veces la palabra para referirse a lo que es transferido, a veces hasta el medio por el cual se transfiere, a veces a la totalidad del proceso. En muchos casos, lo que es transferido de esta manera, sigue siendo compartido [...]. En consecuencia, la palabra «comunicación» adquiere también el sentido de participación. Es en este sentido que, por ejemplo, los fieles religiosos, se refieren a la comunicación "(Ayer, 1955).
7. Vinculación/Enlace <i>(Linking/Binding)</i>	"La comunicación es el proceso que vincula a las partes discontinuas de los seres vivos entre sí" (Ruesch, 1957).
8. Comunalidad, común <i>(Commonality)</i>	"Esto (la comunicación) es un proceso que hace común a dos o más, lo que fue el monopolio de uno o algunos" (Gode, 1959).
9. Canal/Transporte/Medios/Ruta <i>(Channel/Carrier/Means/Route)</i>	"Los medios de envío de mensajes militares, órdenes, etc, como por teléfono, telégrafo, radio, correos" (American College Dictionary).
10. Réplica recuerdos <i>(Replicating Memories)</i>	"La comunicación es el proceso de llevar a cabo la atención de otra persona con el propósito de replicar los recuerdos" (Carrier y Harwood, 1953).
11. Respuesta discriminativa/Modificación de comportamiento de respuesta <i>(Discriminative Response/Behavior Modifying Response)</i>	"La comunicación es la respuesta discriminativa de un organismo a un estímulo" (Stevens, 1950).
12. Estímulos <i>(Stimuli)</i>	"Todo acto de comunicación es visto como una transmisión de información, que consiste en un estímulo discriminativo, de una fuente a un receptor" (Newcomb, reimpreso 1966).
13. Intencional <i>(Intentional)</i>	"En lo principal de la comunicación, tienen como interés central las situaciones de comportamiento en las que una fuente transmite un mensaje a un receptor (es) con la intención consciente de afectar los comportamientos de este último" (Miller, 1966).
14. Tiempo situación <i>(Time situation)</i>	"El proceso de comunicación es un proceso de transición de una situación estructurada como un todo a otro, en el diseño preferido" (Sondel, 1956).
15. Poder <i>(Power)</i>	"La comunicación es el mecanismo por el cual se ejerce el poder" (Schacter, 1951).
Fuente: Dance, F.E.X. (1970). The "Concept" of Communication. <i>Journal of Communication</i> , 20 (2): 201-210.	

Elaboración y traducción propia

inclusivas mientras que otras son restrictivas. Por ejemplo la definición de comunicación como "el proceso que vincula a partes discontinuas de los seres vivos" es general. Por otro lado, la comunicación "como sistema (como los teléfonos o telégrafos) para transmitir información y ordenes (como en un servicio naval)", es restrictiva. 2) *Intencionalidad*. Algunas definiciones incluyen solo un mensaje con propósito de envío y recepción, mientras que otras no imponen esta limitación. En el siguiente ejemplo se incluye la intención: "Situaciones en las que una fuente transmite un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar el comportamiento de este último". Una definición que no incluye intención sería la siguiente: "Es un proceso que hace común a dos o más, lo que fue monopolio de uno o algunos". 3) *Aspecto normativo o de sentencia*. Algunas declaraciones incluyen una declaración de éxito, y otras no. Por ejemplo "la comunicación es el intercambio verbal de un pensamiento o idea" (supone que la comunicación es exitosa), en cambio "la comunicación es la transmisión de la información", no juzga el resultado. En 1972, Dance y Larson refieren haber hallado 126 definiciones sobre el término comunicación (Girbau, 2002:13) y el debate continúa (Craig, 1999, 2007, Rodrigo, 2001 y Littlejohn 2008). En este sentido, Peter Anderson recuerda que las diferentes perspectivas teóricas responden a diferentes preguntas, por tanto las distintas definiciones de comunicación, tienen diferentes funciones y permiten al teórico hacer cosas diferentes (Littlejohn 2008: 2-4).

En cuanto a una aproximación *socio-histórica* de los estudios de comunicación, unos rasgos elementales, permiten situar los orígenes remotos del interés por énfasis diversos de la comunicación, en la Grecia antigua, a través de filósofos como Platón y Aristóteles. Frente a la postura relacionada con ideas innatas del primero, Aristóteles, se inclinaba por una teoría arbitraria, cuya convención del signo lingüístico con el objeto, sería para este filósofo, el instrumento de comunicación en la sociedad (Beuchot 2004: 14-15). A estos autores se remonta la tradición comunicativa más antigua o retórica entendida como "el arte del discurso" (Craig, Muller 2007: XIV). Posteriormente, durante los siglos XVIII y XIX y especialmente en este último, la comunicación estuvo relacionada, básicamente, con la distribución de alimentos (a través de vías y transportes de comunicación) y con la difusión de noticias centro-periferia (a través de correos, y telégrafos y más tarde prensa). A fines de siglo, la concepción organicista predominante en la época (en semejanza con la teoría de las ciencias naturales), va siendo sustituida por una visión de los sistemas de comunicación, como agentes de desarrollo y civilización (Mattelart y Mattelart 2003: 13-16).

De esta época, cabe destacar que se sientan las bases de la ciencia del espacio y su control (geografía política) por el alemán F. Ratzel (1844-1904) y que la masa se presenta como una amenaza real o potencial. Aparece la ciencia estadística por A. Quételet (1796-1874), por el interés hacia datos demográficos. Desde la sociología, G. Simmel (1858-1918), en oposición a la perspectiva organicista o durkhemiana (conductas individuales como hechos sociales exteriores), plantea lo social como procedente de las relaciones de acciones recíprocas entre individuos, como un movimiento intersubjetivo de la vida colectiva diaria. En ese contexto, coacciones impuestas a la libertad de prensa y reunión, suscitan la aparición de la "psicología de las masas", representada principalmente por Tarde (1843-1904) y Le Bon (1841-1931), que suscriben una visión manipuladora y regresiva de la sociedad. Va surgiendo la idea de que la sociedad está entrando en la "era los públicos". En 1921, S. Freud (1856-1939) cuestiona los dos axiomas de la psicología de masas: la exaltación de los sentimientos y la inhibición del pensamiento en la masa. A través del concepto de líbido, llega a la conclusión de que la transformación del individuo en las masas puede ser debida a una necesidad del mismo individuo (Mattelart y Mattelart 2003: 17-21).

Ya en el siglo XX y en base al criterio geográfico empleado por Katz y otros (1955, 2003), para establecer las diversas escuelas teóricas de comunicación, en función de su desarrollo notable, destacan cinco universidades principales: Chicago, donde se señala la primera escuela de investigación en comunicación; Columbia, se desarrollan los estudios sobre la comunicación de masas; Frankfurt, donde surge la teoría crítica; Toronto donde se desarrolla la corriente del determinismo tecnológico y Birmingham donde aparecen los estudios culturales. También se apunta París, por sus estudios semióticos del cine y la cultura y Yale, donde se estudia la persuasión de Masas (Martín Algarra, 2009: 154). Cronológicamente, las aportaciones

más significativas sobre comunicación centran sus antecedentes en Estados Unidos, primero a través de la Escuela de Chicago, desde 1910 hasta las vísperas de la segunda Guerra Mundial y posteriormente desde los años cuarenta del siglo pasado, emergen con fuerza los estudios de comunicación de masas (Mass Communication Research). De gran relevancia en este periodo es también, que se establecen las bases de la Teoría de Sistemas por el el biólogo L. Von Bertalanffy (1901-1972) que en 1933 publicaba *Modern Theory of Development* (de utilidad estratégica en la Segunda Guerra Mundial). Igualmente, el matemático e ingeniero electrónico norteamericano C. E. Shannon (1916-2001) publica en 1948 *The Mathematical Theory of Communication*. En el mismo año, su exprofesor N. Wiener (1894-1964) publica *Cybernetics or control and Communication in the Animal and Machine* (1948) y anuncia como advenimiento la nueva "sociedad de la información" (Mattelart y Mattelart 2003: 41-47). Por otro lado, desde el grupo de investigadores iniciado en 1942 en Palo Alto (California), trabajan en oposición a la teoría matemática de la comunicación de donde surgen aportaciones como Teoría de la comunicación Humana (Watzlawick, Bavin y Jackson, 1981), a la que se le ha atribuido una perspectiva circular de la comunicación por oposición a la modalidad lineal o matemática.

Después de la I Guerra mundial, es cuando avanzan las tecnologías y la industrialización, junto con el deseo de un cambio generalizado (como lucha contra la tiranía, hacer avanzar el capitalismo, etc.), para mejorar la sociedad. Por otro lado, después de la II Guerra Mundial, las ciencias sociales eran reconocidas como disciplinas plenamente legítimas y aumenta el interés por los procesos psicológicos (ej. la persuasión y la toma de decisiones) y sociales. El proceso de desarrollo de la comunicación durante el siglo XX ha sido referido por B. Pearce como un "descubrimiento revolucionario" (Littlejohn, 2008: 4). En torno a los años sesenta, surgen otros polos de interés: en Francia (especialmente con el Estructuralismo) y Gran Bretaña (Cultural Studies) hasta resurgir el viraje lingüístico y el interés por la sociología de la vida cotidiana (Sociologías Interpretativas) en la segunda mitad de esta década en EEUU, que afecta al caso de Habermas en Alemania, a través del estudio del actuar comunicativo. En los años ochenta y fines del siglo XX los estudios sobre audiencias y usuarios, feminismo, ciencias cognitivas, figura de red y globalización, acaparan contextos culturales y geográficos diversos, estando entre sus representantes los países destacados anteriormente (Mattelart y Mattelart 2003: 89-123).

Acerca de las *clasificaciones de las teorías de comunicación*, aunque se basa en antiguas y modernas tradiciones intelectuales, la teoría de la comunicación, presenta un campo de diversificación de estudios reciente (Craig, Muller: 2007:3). La recopilación de trabajos, especialmente prolífica en estos últimos años, no ha obtenido acuerdo teórico en cuanto a tradiciones ontológicas y epistemológicas, según se ha indicado (Sánchez y Campos, 2009:1). Un ejemplo, podría constituirlo el caso de Anderson (1996), que analizó el contenido de siete libros de teoría de la comunicación e identificó 249 teorías distintas, 195 (22%) de las cuales, aparecieron en un solo libro y solo 18 (7%) fueron incluidas en más de tres libros (Craig, Muller, 2007:63). Esta falta de coherencia en la teoría de la comunicación como campo, ha sido explicada (en parte por sus orígenes multidisciplinares ya comentados), y también por la falta de rentabilización de su producto intelectual por parte de los de los estudiosos de la comunicación. En este sentido, Littlejohn (1982), trazó las contribuciones a la teoría de la comunicación desde disciplinas tan heterogéneas como la literatura, las matemáticas, la ingeniería y la sociología y Buud y Ruben (1972) al realizar una antología de la teoría de la comunicación, incluyeron capítulos que representan 24 enfoques disciplinares. El espíritu de la interdisciplinariedad persiste y es considerado también una peculiaridad meritoria e interesante (Craig, 2007: 63-64). En este contexto controvertido, se incluye a modo de ejemplo, una recopilación teórica basada en las aportaciones de Griffin (2006), (Tabla 4-2), que establece una clasificación de: comunicación interpersonal, comunicación de masas y contexto cultural, desde múltiples enfoques, para dar una idea de la complejidad del tema, que se resumen (Tabla 4-3) traduciendo dichos enfoques en las siete tradiciones que propone Craig (1999, 2007). Otra propuesta, es aportada por Rodrigo Alsina (2001) (Tabla 4-4), en relación con las fuentes teóricas que según el autor, desde la perspectiva de dichas fuentes alimentarían las teorías de comunicación, donde se señala (en letra negrita) la perspectiva interpretativa a la que se acoge este estudio, con la salvedad de la etnometodología, cuyo método no se emplea en la presente investigación. Otros planteamientos en la línea de los argumentos señalados se abordan en el siguiente apartado.

Tabla 4.2

Resumen teorías de comunicación Griffin, 2006	
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	<i>Los mensajes interpersonales (Interpersonal Messages)</i>
	<p>Interaccionismo simbólico (<i>Symbolic Interactionism</i>) Los seres humanos actúan hacia las personas, cosas y eventos sobre la base de los significados que ellas les asignan. Una vez que la gente define una situación como real, tiene para ella consecuencias muy reales. Sin lenguaje, no se tiene sentido de sí mismo, no es imaginable la socialización ni la significación de la sociedad dentro del individuo (<i>Tradición Socio-Cultural</i>)*</p>
	<p>Gestión coordinada del significado (<i>Coordinated Management of Meaning</i>) Las personas-en-conversación co-construyen sus propias realidades sociales y al mismo tiempo son moldeados por los mundos que crean. Pueden lograr la coherencia a través de la interpretación común de sus relatos. Pueden lograr la coordinación de la trama de sus historias vividas. La comunicación dialógica, que se puede aprender, enseñar, y es contagiosa, mejora la calidad de vida para todos. (<i>Tradición Socio-cultural y fenomenológica</i>)</p>
	<p>Teoría de la transgresión de expectativas (<i>Expectancy Violations Theory</i>) Violar las expectativas interpersonales de otra persona puede ser una estrategia que supere su conformidad. Cuando el sentido de una violación es ambiguo, comunicadores con una valencia y alta productividad, pueden aumentar su atractivo, credibilidad y capacidad de persuasión logrando imprevistos. Cuando la valencia de la violación o recompensa es negativa, se debe actuar de manera socialmente compensatoria. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
	<p>Constructivismo (<i>Constructivism</i>) Las personas que son más complejas cognitivamente en sus percepciones de los demás, tienen la capacidad mental para construir planes sofisticados, que persiguen objetivos múltiples en sus mensajes. Luego tienen la capacidad de centrar en la persona, mensajes que logran los resultados que desean. (<i>Tradición Socio-Psicológica y Retórica</i>)</p>
	<i>Desarrollo Relaciones (Relationship Development)</i>
	<p>Teoría de la penetración social <i>Social (Penetration Theory)</i> El producto de cercanía interpersonal, de una manera gradual y ordenada de superficial a niveles íntimos, da lugar al cambio, en función de los resultados presentes y futuros previstos. La intimidad duradera requiere vulnerabilidad continua y mutua, a través de la amplitud y profundidad de la auto-revelación. (<i>Tradición Socio-psicológica</i>)</p>
	<p>Teoría de la reducción de incertidumbre (<i>Uncertainty Reduction Theory</i>) Cuando la gente se encuentra, su principal preocupación es reducir la incertidumbre sobre su relación con el otro. Dado que la producción verbal, el calor no verbal, la auto-revelación, la semejanza y compartir las redes de comunicación disminuyen la incertidumbre y viceversa; la búsqueda de información y la reciprocidad se correlacionó positivamente con la incertidumbre. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
	<p>Teoría del procesamiento de información social (<i>Social Information Processing Theory</i>) Con sólo la base a través del contenido lingüístico de la comunicación mediada por ordenador (CMC), las partes que se conocen en línea, pueden desarrollar relaciones tan cercanas, como las formadas cara a cara, aunque se tarda más tiempo. Los remitentes en línea pueden magnificar los canales de promoción ante los receptores y la retroalimentación aumenta las impresiones favorables, CMC puede crear relaciones interpersonales hiperpersonales. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
	<i>Mantenimiento de relaciones (Relationship Maintenance)</i>
	<p>Dialéctica Relacional (<i>Relational Dialectics</i>) La vida social es un nudo dinámico de contradicciones, una interacción incesante entre tendencias opuestas o contradictorias, como la integración y la separación, el cambio a la estabilidad, y la expresión-no expresión. Las relaciones de calidad se constituyen a través del diálogo, que es un logro estético que produce momentos fugaces de unidad a través de un profundo respeto por las voces dispares. (<i>Tradición Fenomenológica</i>)</p>
	<p>Visión Interaccional (<i>The Interactional View</i>) Las relaciones dentro de un sistema familiar están interconectadas y son altamente resistentes al cambio. La comunicación entre los miembros tiene un componente de contenido y un componente de relación que se centra en cuestiones de control. El sistema se puede transformar solo cuando los miembros reciben ayuda externa para reestructurar su metacomunicación. (<i>Tradición Cibernética</i>)</p>

Tabla 4.2/2

<i>Influencia (Influence)</i>	
	<p>Teoría del juicio Social (<i>Social Judgment Theory</i>) El punto de mayor discrepancia entre la posición de un hablante y un oyente, es el cambio de actitud, siempre y cuando el mensaje esta dentro de la latitud de la aceptación del oyente. Un ego de gran participación, por lo general indica, un amplio margen de rechazo. Los mensajes que caen allí pueden tener un efecto boomerang. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
	<p>Elaboración del modelo de probabilidad (<i>Elaboration Likelihood Model</i>) Elaboración de mensajes es la ruta central de persuasión que produce cambios importantes de actitud positiva. Ocurre cuando los oyentes sin prejuicios están motivados y capaces de examinar las alegaciones que consideren fuertes. Los factores de mensajes irrelevantes, dominan en el camino periférico, una vía más corriente que produce cambios frágiles en la actitud. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
	<p>Disonancia cognitiva (<i>Cognitive Dissonance</i>) La disonancia cognoscitiva es una unidad aversiva que hace que la gente (1) evite puntos de vista opuestos, (2) busque tranquilidad después de tomar una decisión difícil, y (3) cambia las creencias privadas para que coincidan con el comportamiento del público cuando existe una justificación para una acción mínima. Auto-coherencia, un sentido de responsabilidad personal, o de autoafirmación, pueden explicar la reducción de la disonancia. (<i>Tradición Socio-Psicológica</i>)</p>
<i>Tomar decisiones en grupo (Group Decision Making)</i>	
	<p>Teoría de la convergencia simbólica (<i>Symbolic Convergence Theory</i>) Compartir fantasías comunes, transforma un conjunto de individuos en un grupo cohesivo. La convergencia simbólica se produce cuando los miembros del grupo de forma espontánea crean cadenas de fantasía que muestra una energía, una respuesta unificada a temas comunes. Un análisis temático de la fantasía a través de grupos, puede revelar una visión retórica que contiene motivos para promulgar la fantasía conjunta. Nota: Esta teoría se utiliza como estudio de caso de aquí se ubica en esta división, de lo contrario, aparecería en el apartado de pública. (<i>Tradición Socio-Psicológica y retórica</i>)</p>
	<p>Perspectiva funcional sobre la toma de decisiones de grupo (<i>Functional Perspective on Group Decision Making</i>) En los grupos para tomar decisiones de alta calidad, los miembros han de cumplir cuatro funciones requeridas: (1) análisis de los problemas, (2) el establecimiento de metas, (3) la identificación de alternativas y (4) evaluación de las consecuencias positivas y negativas. La mayoría de la comunicación de grupos interrumpe el progreso hacia el cumplimiento de estas tareas funcionales, pero la comunicación contrarresta y puede traer a la gente de vuelta a la investigación racional. (<i>Tradición Socio-Psicológica y Cibernética</i>)</p>
	<p>Teoría de la estructuración adaptativa (<i>Adaptive Structuration Theory</i>) La estructuración es la producción y reproducción de los sistemas sociales por el uso de las personas de las reglas y los recursos en la interacción. La toma de decisiones de los grupos afecta a la comunicación. La calidad de la estructura significa que las normas y el uso de los recursos por los miembros afectará a las decisiones, y a su vez estas estructuras se verán afectados por esas decisiones. (<i>Tradición Socio-Cultural y Cibernética</i>)</p>
<i>Comunicación organizacional (Organizational Communication)</i>	
	<p>Enfoque cultural de las organizaciones (<i>Cultural Approach to Organizations</i>) Los seres humanos son animales suspendidos en redes de significación que ellos mismos han generado. Una organización no tiene una cultura, es una cultura, un sistema único de significados compartidos. Una aproximación etnográfica no intrusiva interpreta cuentos, ritos y otros símbolos para dar sentido a la cultura corporativa. (<i>Tradición Socio-Cultural</i>)</p>
	<p>Teoría crítica de la comunicación en las organizaciones (<i>Critical Theory of Communication in Organizations</i>) La noción ingenua de que la comunicación no es más que la transmisión de información perpetúa el cierre discursivo del gerencialismo y el de la transnacionalización de la vida cotidiana. El lenguaje es el medio principal a través del cual se produce y reproduce la realidad social. Los administradores pueden seguir los valores de salud democrática de una empresa, mediante la coordinación de la participación de los interesados en las decisiones empresariales. (<i>Tradición Crítica y Fenomenológica</i>)</p>

Tabla 4.2/3

Retórica pública (Public Rhetoric)		
	<p>La retórica (The Rhetoric) La retórica es el arte de descubrir todos los medios disponibles de persuasión. Un orador apoya la probabilidad de un mensaje por pruebas lógicas, éticas y emocionales. Precisa la invención eficaz de los resultados; de análisis de audiencias, acuerdo; estilo; la administración y presumiblemente, la memoria (<i>Tradición Retórica</i>)</p>	
	<p>Dramatismo (Dramatism) La vida es drama. La presentación dramática del acto, escena, agente, agencia, es la herramienta de la crítica para descubrir el motivo del que habla. El motivo último de la retórica es la purga de la culpa. Sin identificación con la audiencia, con el altavoz, no hay persuasión. (<i>Tradición Retórica y Semiótica</i>)</p>	
	<p>Paradigma narrativo (Narrative Paradigm) Las personas son animales de narración de cuentos, casi todas las formas de comunicación humana son fundamentalmente narrativa. Los oyentes son juez de un cuento. Se comparte y suena a verdad, con los valores de un público ideal. Por lo tanto, la racionalidad narrativa es una cuestión de coherencia y fidelidad. (<i>Tradición Retórica</i>)</p>	
Medios de Comunicación y Cultura (Media and Culture)		
COMUNICACIÓN DE MASAS	<p>Ecología de los media (Media Ecology) Los medios de comunicación deben ser entendidos desde un punto de vista ecológico. Los cambios en la tecnología de la comunicación simbólica alteran el medio ambiente, la construcción social, el mundo sensorial de los significados. Hemos dado forma a nuestras herramientas -el alfabeto fonético, la imprenta, el telégrafo y ellos a su vez, han dado forma a nuestras percepciones, experiencias, actitudes y comportamiento. Así, el medio es el mensaje. (<i>Tradición Socio-Cultural</i>)</p>	
	<p>Semiótica (Semiotics) Los sistemas visuales de signos significativos de una cultura, afirman el statu quo, lo que sugiere que el mundo tal como es hoy en día, es natural, inevitable y eterno. Los creadores de mitos hacen esto por cooptación neutral con signos denotativos, para convertirse en significantes sin fundamento histórico de segundo orden en los sistemas semióticos connotativos. (<i>Tradición Semiótica</i>)</p>	
	<p>Estudios Culturales (Cultural Studies) Los medios de comunicación funcionan para mantener la ideología de aquellos que ya tienen el poder. Corporativamente, los medios son controlados para ofrecer el discurso dominante de la jornada, que es la interpretación de los marcos de los acontecimientos. Los críticos no deberían tratar sólo de interpretar la cultura, sino hacer para cambiarla. Las audiencias de los medios tienen la capacidad de resistir a la influencia hegemónica. (<i>Tradición Crítica</i>)</p>	
	Efectos de los medios (Media Effects)	
	<p>Teoría del cultivo (Cultivation Theory) La televisión se ha convertido en narrador de la sociedad. Los espectadores de televisión ven una gran cantidad de violencia espectacular, que cultiva una creencia exagerada de miedo en un mundo en media. La integración y la resonancia son dos de los procesos que crean una población homogénea y temerosa. (<i>Tradición Socio-Cultural. Socio-psicológica</i>)</p>	
	<p>Teoría de programa de ajuste (Agenda Setting Theory) Los medios de comunicación nos dicen (1) lo que pensar, y (2) la manera de pensar en ello. El primer proceso (definición de la agenda) traslada la relevancia de los temas de su agenda de noticias a nuestro programa. El segundo proceso (framing o marco), transfieren la relevancia de los atributos seleccionados, a la prominencia entre las imágenes de nuestras cabezas. (<i>Tradición Socio-psicológica</i>)</p>	
	<p>Espiral del Silencio (Spiral of Silence) La gente vive en perpetuo temor de encerrarse en sí misma y mantiene un seguimiento cuidadoso de la opinión pública, para ver qué puntos de vista son aceptables. Cuando sus opiniones aparecen en desgracia, se callan. La repetición constante de un único punto de vista de la televisión, de la percepción de los prejuicios de la opinión pública, acelera la espiral del silencio. (<i>Tradición Socio-psicológica</i>)</p>	

Tabla 4.2/4

CONTEXTO CULTURAL	<i>Comunicación Intercultural (Intercultural Communications)</i>
	<p>Teoría de la Comunicación acomodación (Communication Accommodation Theory) Las personas, aun como individuos únicos que se consideran, en los encuentros interculturales ajustarán su estilo de discurso y contenido en el entramado con otras personas, cuya aprobación buscan. La gente que quiere reforzar la identificación con un grupo fuerte, va a interactuar con las personas ajenas al grupo de una manera que acentúa sus diferencias. <i>(Tradición Socio-psicológica)</i></p>
	<p>Teoría de la negociación directa (Face Negotiation Theory) Las personas de culturas colectivistas con una imagen de sí mismo interdependientes, tienen que ver con dar otra cara o la cara mutua, por lo que adoptan el estilo de la integración o evitar los conflictos. Las personas de culturas individualistas con una imagen de sí mismo independiente, se ocupa de la protección de su propia cara, por lo que adoptan el estilo de dominar los conflictos. <i>(Tradición Socio-Cultural. Socio-psicológica)</i></p>
	<p>Teoría de los códigos del discurso (Speech Codes Theory) A través de la etnografía de la comunicación, sabemos que todas las culturas tienen múltiples códigos del habla que implican una psicología distintiva, una sociología y una retórica. El significado de un código de expresión está determinado por los hablantes y oyentes, y se teje en el habla misma. El uso ingenioso del código puede explicar, predecir, y hablar del control sobre la conversación. <i>(Tradición Socio-Cultural)</i></p>
	<i>Género y Comunicación (Gender and Communication)</i>
	<p>Estilos de interpretación de género (Genderlect Styles) La conversación entre varones y mujeres es la comunicación intercultural. Lo masculino y femenino como estilos de discurso, se ve mejor como dos dialectos culturales distintos y no como maneras de hablar inferiores o superiores. En el informe de los hombres, el discurso se centra sobre la situación y la independencia; en el habla de las mujeres, la relación busca una conexión humana. <i>(Tradición Semiótica Socio-cultural)</i></p>
	<p>Teoría de la perspectiva (Standpoint Theory) Diferentes ubicaciones dentro de la jerarquía social afectan a lo que se ve. El punto de vista de los marginados presenta un panorama menos falso del mundo, del que hacen las perspectivas privilegiadas de los poderosos. La objetividad fuerte requiere que comience la investigación científica de la vida de las mujeres, los pobres, los gays y lesbianas, y las minorías raciales. <i>(Tradición crítica)</i></p>
<p>Teoría del grupo silenciado (Muted Group Theory) Ayudas artificiales en la definición del lenguaje, deprecian y excluyen a las mujeres. Las mujeres son menos hábiles en público, porque las palabras y las normas que utilizan han sido creadas por los hombres. Cuando las mujeres dejen de ser un grupo silenciado, los hombres ya no mantendrán su posición de dominio en la sociedad. <i>(Tradición crítica y fenomenológica)</i></p>	
<p>Fuente: Elaboración y traducción propia de Griffin (2006) <i>A First Look at Communication Theory</i>. 6ª edición. New York, McGraw Hill.</p>	

Tabla 4.3

Clasificación de teorías de comunicación (Griffin, 2006): Resumen				
TIPO Y SUBTIPO	ESCUELA, TEORÍA	PRINCIPAL AUTOR REFERENCIADO	TRADICIÓN (Craig, 1999)	
COMUNICACIÓN INTERPERSONAL	Los mensajes interpersonales	Interaccionismo simbólico (<i>Symbolic Interactionism</i>)	G. H. Mead	Socio-cultural
		Gestión coordinada del significado (<i>Coordinated Management of Meaning</i>)	W. Barnett Pearce & Vernon Cronen	Socio-cultural y fenomenológica
		Teoría de la transgresión de expectativas (<i>Expectancy Violations Theory</i>)	J. Burgoon	Socio-psicológica
		Constructivismo (<i>Constructivism</i>)	J. Delia	Socio-psicológica y retórica
	Desarrollo Relaciones	Teoría de la penetración social (<i>Social Penetration Theory</i>)	I. Altman & D. Taylor	Socio-psicológica
		Teoría de la reducción de incertidumbre (<i>Uncertainty Reduction Theory</i>)	Ch. Berger	Socio-psicológica
		Teoría del procesamiento de información social (<i>Social Information Processing Theory</i>)	J. Walther	Socio-psicológica
	Mantenimiento de relaciones	Dialéctica Relacional (<i>Relational Dialectics</i>)	L. Baxter & B. Montgomery	Fenomenológica
		Visión de la interacción (<i>The Interactional View</i>)	P. Watzlawick et al	Cibernética
	Influencia	Teoría del juicio Social (<i>Social Judgment Theory</i>)	M. Sherif	Socio-psicológica
		Elaboración del modelo de probabilidad (<i>Elaboration Likelihood Model</i>)	R. Petty & J. Cacioppo	Socio-psicológica
		Disonancia cognitiva (<i>Cognitive Dissonance</i>)	L. Festinger	Socio-psicológica
GRUPO Y C. PÚBLICA	Tomar decisiones en grupo	Teoría de la convergencia simbólica (<i>Symbolic Convergence Theory</i>)	E. Bormann's	Socio-Psicológica y retórica
		Perspectiva funcional sobre la toma de decisiones de grupo (<i>Functional Perspective on Group Decision Making</i>)	R. Hirokawa & D. Gouran	Socio-psicológica y cibernética
		Teoría de la estructuración adaptativa (<i>Adaptive Structuration Theory</i>)	M. Scott Poole	Socio-cultural y cibernética
	Comunicación Organizacional	Enfoque cultural de las organizaciones (<i>Cultural Approach to Organizations</i>)	C. Geertz & M. Pacanowsky	Socio-cultural
		Teoría crítica de la comunicación en las organizaciones (<i>Critical Theory of Communication in Organizations</i>)	S. Deetz	Crítica y fenomenológica
	Retórica pública	La retórica (<i>The Rhetoric</i>)	Aristotle	Retórica
		Dramatismo (<i>Dramatism</i>)	Kenneth Burke	Retórica y semiótica
		Paradigma narrativo (<i>Narrative Paradigm</i>)	W. Fisher	Retórica
	C. DE MASAS	Medios de Comunicación y Cultura	Ecología de los media (<i>Media Ecology</i>)	M Mc Luhan
Semiótica (<i>Semiotics</i>)			Roland Barthes	Semiótica
Estudios Culturales (<i>Cultural Studies</i>)			Stuart Hall	Crítica
Efectos de los medios		Teoría del cultivo (<i>Cultivation Theory</i>)	G. Gerbner	Socio-cultural Socio-psicológica
		Teoría de programa de ajuste (<i>Agenda Setting Theory</i>)	M Mc Combs & D. Shaw	Socio-psicológica
	Espiral del Silencio (<i>Spiral of Silence</i>)	E. Noelle-Neumann	Socio-psicológica	
CONTEXTO CULTURAL	Comunicación Intercultural	Teoría de la Comunicación Alojamiento (<i>Communication Accommodation Theory</i>)	H. Giles	Socio-psicológica
		Teoría de la negociación directa (<i>Face Negotiation Theory</i>)	S. Ting-Toorney	Socio-cultural. Socio-psicológica
		Teoría de los códigos del discurso (<i>Speech Codes Theory</i>)	G. Philipsen	Socio-cultural
	Género y Comunicación	Estilos de interpretación de género (<i>Genderlect Styles</i>)	D. Tannen	Semiótica. Socio-cultural
		Teoría de la perspectiva (<i>Standpoint Theory</i>)	S. Haring & J. Wood	Crítica
		Teoría del grupo silenciado (<i>Muted Group Theory</i>)	Ch. Kramarae	Crítica y fenomenológica

*Fuente: Em Griffin (2006). *A First Look at Communication Theory*. 6ª edición. New York, McGraw Hill. (Elaboración propia)
Profesor en la Universidad de Northern Illinois y en Wheaton College (Chicago). Actualmente Prof. Emérito.

Tabla 4-4

<p align="center">Principales fuentes o corrientes teóricas que desde sus perspectivas, alimentarían las teorías de la comunicación</p> <p align="center">(sin coincidencia exacta entre autores)</p>		
Autores	Clasificaciones y adscripciones (*)	
Laramée y Vallée (1991)	Paradigma Funcionalista Paradigma Interpretativo Paradigma Cibernético, Paradigma Behaviorista	
Attallah (1991)	Escuela funcionalista Teorías críticas Semiótica estructuralista	Escuela de Palo Alto Escuela de Francfort, Habermas
Saperas (1992)	Funcionalismo Teoría crítica Interaccionismo simbólico	
Montero (1994)	Paradigma funcionalista Perspectiva marxista Perspectiva interpretativa	
Mattelart y Mattelart (1997)	Empirismo norteamericano	Escuela de Chicago <i>Mass Communication Research</i>
	Teoría de la información	Teoría matemática de la comunicación Escuela de Palo Alto
	Teoría crítica	Escuela de Francfort
	Estructuralismo	La semiología, Althusser, Foucault
	Estudios culturales británicos	
	Economía política	Comunicación internacional y sociedad de la información
	Regreso de lo cotidiano	<i>Movimiento intersubjetivo:</i> Etnometodología Interaccionismo simbólico Habermas Etnografía de las audiencias Cultural Studies y estudios feministas
Rodrigo Alsina (2001)	Perspectiva interpretativa	Escuela de Palo Alto Interaccionismo simbólico Erving Goffman Construccionismo Etnometodología
	Perspectiva funcionalista	La comunicación de masas
	Perspectiva crítica	Escuela de Francfort La economía política Los estudios culturales

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodrigo Alsina (2001: 161). La negrita es propia

Laramée y Vallée (1991) incluye cuatro paradigmas dominantes en la comunicación, que según este autor son: el cibernético, el behaviorista, el funcionalista y el interpretativo (Tabla 4-5). Por su parte, Attallah (1991) recoge la escuela funcionalista (en la que incluye a la Escuela de Palo Alto) y las teorías críticas (la Escuela de Frankfurt, Habermas) y la semiótica estructuralista. Saperas (1992), recoge el funcionalismo, la teoría crítica y el interaccionismo simbólico. Montero (1994) se refiere al paradigma funcionalista, la perspectiva interpretativa y la perspectiva marxista. A su vez, estos dos últimos autores, coinciden más en las teorías incluidas en el funcionalismo que en el resto de corrientes. Rodrigo Alsina (2001) incluye: Perspectiva Interpretativa (Escuela de Palo Alto, Interaccionismo Simbólico, Irving Goffman, Construcciónismo y Etnometodología; Perspectiva funcionalista (La comunicación de masas); Perspectiva crítica (Escuela de Frankfurt, Economía política y los Estudios culturales) (Rodrigo Alsina, 2001: 161-162). Por su parte, Mattelart y Mattelart (2003), en su compendio de la historia de las teorías de la comunicación, recogen: Los empirismos del nuevo mundo (Escuela de Chicago y Mass Communication Research), la Teoría de la información (Teoría Matemática de la comunicación, la Referencia cibernética y "El colegio invisible" o la Escuela de Palo Alto), Industria cultural, ideología y poder (la teoría crítica o Escuela de Frankfurt, el Estructuralismo, los Estudios Culturales británicos), la Economía política (la Comunicación Internacional y la Sociedad de la Información), Regreso de lo Cotidiano (Movimiento intersubjetivo y Etnometodologías, Habermas, Etnografía de las Audiencias, Cultural Studies y Estudios Feministas, El consumidor y el usuario) y finalmente las Corrientes que fundamentan la sociedad red tecnológica de fines del siglo XX (Figura de la red, Crítica del difusionismo, Ciencias cognitivas, El planeta híbrido, Nuevas jerarquías del saber). Mattelart y Mattelart (2003: 5-7). En cuanto a la diversidad epistemológica y teórica, según los autores indicados, el resumen es: Laramée y Vallée (1991) se refiere a cuatro paradigmas, Attallah (1991) se refiere a tres categorías diversas, Saperas (1992) se refiere a tres categorías diversas, Montero (1994), se refiere a tres: un paradigma y dos perspectivas, Rodrigo Alsina (2001), se refiere a tres perspectivas (Rodrigo Alsina, 2001: 161-162). Por su parte, Mattelard y Mattelard (2003) distingue dos teorías y categorías diversas. En resumen solo algunas de estas aportaciones presentan cierta correspondencia entre autores (por ej. teoría funcionalista y crítica están presentes en la mayoría de autores) (Sánchez y Campos, 2009: 5-7), lo que da cuenta de su difícil sistematización.

Frente a tanta heterogeneidad teórica, Craig (1999), propone una matriz que incluye siete tradiciones teóricas, que integran las teorías más relevantes (Craig 1999:119-161). Se trata de las siguientes: retórica (comunicación como arte práctico del discurso), semiótica (comunicación como mediación intersubjetiva de signos), fenomenológica (la comunicación como la experiencia del otro), cibernética (la comunicación como procesamiento de la información), socio-psicológica (la comunicación como expresión, interacción e influencia; los individuos interactúan y se influyen mutuamente), sociocultural (la comunicación como la reproducción del orden social) y crítica (la comunicación como reflejo discursivo), (Craig, 1999: 119-161), (Craig 2007: 74-75) (Tabla 4-6). Craig divide el campo de la comunicación, de acuerdo con las concepciones subyacentes de la práctica de la comunicación (Martin Algarra, 2009: 156). La propuesta de siete tradiciones de Craig (1999, 2007), es considerada como una de las aportaciones más influyentes y paso enorme en los últimos años, reconocida por expertos en el tema, como por ej. Littlejohn (2008: 6), Donsbach (2006:440), Griffin (2006), o en España por Martín Algarra (2009:156-157), cuya referencia está incluida en aportaciones, como por ej. *Theories of Human Communication* en su 9ª edición, en el caso de Littlejohn (2008: 6). Craig (1999, 2007), propone que la comunicación no es un proceso secundario a un fenómeno que puede explicarse por antecedentes psicológicos, sociológicos, culturales o factores económicos, sino que la comunicación es el mismo proceso primario constitutivo social, que explica todos estos factores. Así, diferentes teorías de la comunicación son diferentes maneras de hablar sobre la comunicación, cada una con sus poderes y sus límites. Por todo ello, refiere que hay que reconocer su poder constitutivo y encontrar una manera de compartir, para entender, lo que las diversas teorías han diseñado (Craig, 1999: 119-161), (Martin Algarra, 2009: 156-157), Littlejohn (2008: 5-6). Por todo ello se recoge la propuesta de Craig (1999, 2007), como una modalidad que aúna teorías, de la que se da cuenta posteriormente.

Finalmente, cabe tener en cuenta que las teorías de la comunicación han tenido una historia diferente en Europa, Asia, África y en Estados Unidos. Aunque, en general, los investigadores no presenten completo acuerdo. En EEUU se empezó a estudiar la comunicación cuantitativamente, Europa estuvo más afectada por la perspectiva marxista y llegó a contar con métodos críticos y culturales. En la actualidad, existe una considerable interacción en ambos sentidos, ganando importancia en Norteamérica la perspectiva crítica y otras perspectivas cualitativas. También los investigadores han empezado a interesarse por otras formas de comunicación, como por ej. las de Europa occidental y las de Europa Oriental. Las teorías occidentales, menos preocupadas por su integración, atienden a personas dominadas por el individualismo deliberado y activo en el logro de metas personales. La mayoría de teorías del Este, por el contrario, tienden a considerar la comunicación como natural y no planificada, consecuencia de los acontecimientos. En la visión oriental, el estrés emocional y espiritual converge con los resultados de la comunicación. Los orientales ven con escepticismo y desconfianza el pensar del estilo occidental, con los valores racionales y lógicos. Lo que cuenta para muchas filosofías de Asia es la comprensión intuitiva ganada de la experiencia directa. Esta idea, parte de no intervenir en los fenómenos naturales, lo que explica porqué el silencio es tan importante en la comunicación de estas culturas. Molef Asarte se interesa por la modalidad afrocéntrica y Yohitaka Miike en descubrir el modelo de comunicación centroasiático, para presentar alternativas al paradigma eurocéntrico de la comunicación. Se detectan distinciones raciales y regionales, aunque las similitudes también abundan. Más que las modalidades comunicativas, importa compartir un fondo común. Son diversidades que confirman que la comunicación no puede ser confinada dentro de un paradigma único (Littlejohn, 2008: 6-7), y según Donsbach (2006) la diversidad epistemológica es común a otras ciencias sociales (Sánchez y Campos 2009: 6-7).

En cuanto a los antecedentes de la noción actual de competencia comunicativa, dado que se trata de un concepto nuclear en este estudio, se recopilan aspectos relevantes, que entroncan con el contexto de este estudio. El desarrollo histórico y teórico de la competencia comunicativa se produce en Estados Unidos, iniciado desde la Antropología (Duranti, 2003:1-44). El autor aporta una clasificación que establece en tres etapas (que el refiere como paradigmas, clasificación no exenta de críticas)⁷². Una primera etapa se produce con el antropólogo F. Boas (1858-1942), mediante el estudio, especialmente de lenguas indígenas. Una segunda etapa se desarrolla en la década de los años 60 y emplea la nueva tecnología para los registros teóricos (como por ej. grabadoras) y se distancia del resto de la Antropología. La tercera etapa abarca desde fines de los años 80 y los 90 y algunas de sus publicaciones persisten después del año 2000. Su atención se centra en nacionalismos o conformación de identidad, ideología y narrativas y se produce un nuevo acercamiento hacia la Antropología. Las aportaciones clave en relación con el presente estudio, se producen especialmente en el periodo de la segunda etapa y guardan relación con la tercera.

En 1956 John Gumperz, tras realizar estudios de multilingüismo en la India, se incorpora para enseñar Hindi en la Universidad de California en Berkeley y trabaja con Charles Ferguson en Stanford (Duranti, 2003: 8). De las aportaciones de ambos, se inicia la sociolingüística y una perspectiva llamada "etnografía de la comunicación". Posteriormente, se agregó Dell Hymes (proveniente de Harvard) a colaborar con Gumperz en Berkeley, iniciando el trabajo en dialectos sociales y variaciones lingüísticas. Así aparece una publicación especial de la American Anthropological Association titulada *The Ethnography of Communication* (Gumperz y Hymes, 1964) y otra colección titulada *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication* (Gumperz y Hymes, 1972). Dichas compilaciones, suponen un modo de estudiar la lengua radicalmente diferente (como si de "manifiestos" se tratara) a las modalidades preexistentes, incluida la gramática generativa transformacional de Chomsky. Entre sus propuestas según Hymes (1964) constan: 1) que la lengua debe ser estudiada en su

⁷² El estudio de referencia (Duranti (2003:1-44)), integra los comentarios recibidos de lectores o receptores relevantes, entre ellos las aportaciones de Hymes y Van Dijk. En general, polemizan en la adecuación o no de la clasificación de la época descrita en paradigmas (por ej. si hubiera sido mas adecuada la clasificación en escuelas), a lo cual indica optar el autor, en base al concepto propuesto por Kuhn (1962) en su obra sobre las revoluciones científicas.

Tabla 4.5

Paradigmas dominantes en la comunicación (Según Laramée y Vallée, 1991)	
<i>PARADIGMA</i>	<i>CARACTERÍSTICAS</i>
<i>CIBERNÉTICO</i>	Estudia la comunicación y el control en las máquinas y en los seres humanos. La cibernética puede ser concebida como la ciencia de los sistemas que se interesa por la autorregulación y equilibrio de los mismos mediante la retroalimentación.
<i>BEHAVIORISTA</i>	Sigue el modelo Estímulo-Respuesta, de acuerdo con el cual a todo estímulo le corresponde una respuesta apropiada y previsible. Su objeto aplicado en estudios de comunicación se centra básicamente en los efectos de los medios de comunicación de masas.
<i>FUNCIONALISTA</i>	Describe a la sociedad como un todo organizado en el que cada elemento se explica por la función que cumple. Por consiguiente, se trata de descubrir cuáles son las funciones de los medios de comunicación.
<i>INTERPRETATIVO</i>	Concibe a la sociedad como una construcción social a partir de los consensos sobre la interpretación de la realidad que hacen los sujetos. Por lo que respecta a la comunicación, le interesa estudiar las historias, los mitos, los ritos, los conflictos y los sistemas simbólicos culturales.
Fuente: Elaboración propia a partir de Rodrigo Alsina (2001: 161-162)	

Tabla 4.6

<p align="center">Siete tradiciones para teorizar la comunicación (CRAIG 1999, 2007)</p>	
Tradición retórica	Comunicación como arte práctico del discurso
Tradición semiótica	Comunicación como mediación intersubjetiva de signos
Tradición fenomenológica	Comunicación como la experiencia del otro
Tradición cibernética	Comunicación como procesamiento de la información
Tradición socio-psicológica	Comunicación como expresión, interacción e influencia; los individuos interactúan y se influyen mutuamente
Tradición sociocultural	Comunicación como la reproducción del orden social
Tradición crítica	Comunicación como reflejo discursivo
<p>Fuente: Craig, R.T. (1999). Communication theory as a field. <i>Communication Theory</i>, 9, 119-161. Craig, R.T. (2007). Communication theory as a field. <i>En</i> Craig, R.T., Muller, H.L. <i>Theorizing Communication. Readings, Across, Traditions</i>. California. Sage Publications: 63-98 Elaboración y traducción propia.</p>	

"contexto de situación"²) el estudio debe ir desde la descripción gramatical y etnográfica hacia la observación de los patrones en la "actividad del habla", 3) la comunidad de habla (como opuesta a la gramatical o al hablante oyente ideal), debe ser tomada como punto de partida. En general se critica claramente la noción de competencia de Chomsky. Estos aspectos fueron la base del nuevo paradigma lingüístico en Estados Unidos, atribuyendo un nuevo territorio para estudiar el uso de la lengua como "cultural" y alejándose de la visión universal de las lenguas humanas (que era básicamente gramatical) (Duranti, 2003: 8-9). En esos años emergen otros sub-campos de investigación, lejos de los dominantes hasta entonces. Es el caso de Erving Goffman sobre los encuentros cara a cara, la etnometodología de Harold Garfinkel y la sociolingüística urbana de William Labov. A fines de los años 60, la convergencia de Goffman, Labov y Hymes en la Universidad de Pensylvania, favoreció el estudio de la lengua desde el punto de vista de cómo es usada en la vida social (aun cuando eran empleadas técnicas cuasi-experimentales, como por ej. entrevistas y cuestionarios). Según Gal (1979), el objetivo era documentar y explicar la variación lingüística entre hablantes o entre eventos, más que comprender una cosmovisión o percepción particular de la realidad. Las generalizaciones y las comparaciones fueron escasas. El objetivo original de Hymes sobre la integración de la antropología lingüística con el resto de la antropología siguió la dirección contraria. Hechos destacables de este periodo fueron también las ausencias de debates en torno a "la relatividad lingüística" y "sobre la polémica de la relación entre lenguaje y pensamiento" (Duranti, 2003: 12). Así se había promovido un estudio de la lengua separado de la psicología y para muchos incluso antipsicológico, al mismo tiempo que Chomsky enlazaba mas estrechamente la lingüística con la psicología.

En la década de los 80, la competencia comunicativa fue identificada y definida por Hymes y discípulos como parte importante del estudio etnográfico del uso de la lengua; sin que fueran muy prolíficos los estudios empíricos en este sentido. En la misma década de los 80, ya en era postmoderna, puntos de vista alternativos comportaron crisis de identidad a la disciplina (Duranti, 2003: 8-17). A fines de dicha década y ya en los años 90, se produce un renacimiento del **constructivismo social**, donde se relaciona el rol de la lengua con los conflictos sociales y progresivamente, se va trasladando el foco de investigación (Gal, 2001[1995]:424, citado por Duranti, 2003: 18) desde las actividades lingüísticas como tales, hacia las mismas con orientación hacia la dominación simbólica. Se realizan también, esfuerzos hacia métodos de recolección de datos que pudieran capturar el habla en su desenvolvimiento témporo-espacial (por ej. narrativas), y el modo en que los cuerpos humanos son usados ante la configuración de identidades opuestas, por ej jerárquicas (por ej. Duranti, 1992; Goowin, 1999; Keating, 1998; Meacham, 2001; Sidney, 1997, citados por Duranti, 2003: 19). En la tercera etapa, muchos investigadores adoptan perspectivas teóricas desarrolladas fuera de la antropología o la lingüística como la teoría de la Estructuración de Giddens, la teoría sobre la práctica de Bourdieu, el dialogismo de Bakhtin y Voloshinov y los enfoques de Foucault sobre el conocimiento y poder. La ideología lingüística es más una perspectiva que un tópico e invita al estudio de fenómenos inexplorados hasta el momento. La llamada conexión macro-micro pretende contextualizar la investigación en un campo más amplio y ante el abandono de que la lengua debe ser el principal foco de preocupación, tienen cabida preguntas que giran en torno a ¿Cómo contribuye la lengua en la comprensión de un fenómeno social o cultural determinado? como podría ser el caso de la identidad, los nacionalismos o la globalización. Según Morgan (2002), la lengua es medio indispensable para el mantenimiento y la *reproducción cultural o en su caso, instrumento de innovación socio-cultural. Finalmente, según Duranti, (2003) las tres etapas coexisten (Duranti, 2003:20), en el cambio de siglo.*

La noción de competencia comunicativa esta relacionada con la distinción realizada por Chomsky (1965)⁷³, entre competencia y actuación en el marco de la gramática generativa

⁷³ La propuesta de Chomsky parte de su tesis doctoral en 1955 (*Logical Structure of Linguistic Theory*) y de su primer libro en 1957 (*Syntactic Structures*), seguidas de otras obras lingüísticas que darían lugar a la llamada gramática generativa, entendida como peculiaridades innatas que permiten producir en el individuo combinaciones de ideas a través de un código (conocida como hipótesis innatista). Este sistema a través de un número finito de elementos, permitiría producir un número infinito de frases, que podrían formalizarse de manera global a través de la sintaxis, a lo que llama gramática formal. A su vez, Chomsky

(Cenoz Iragui, 2004). "Se denomina competencia (*competence*) gramatical al conocimiento práctico e interiorizado de las reglas de la gramática de su lengua que cada individuo ha ido construyendo de manera no consciente como resultado de su crecimiento como miembro de una comunidad..." (Escandell, Marrero, 2011: 67). A la vez, es necesario también conversar y proceder según las convenciones sociales o lo que es socialmente adecuado en una comunidad lingüística y cultural determinada, de forma que a la vez que una lengua, "los hablantes adquieren también un conjunto de pautas y rutinas de comportamiento verbal que determinan la adecuación de su producción lingüística y que constituyen su competencia comunicativa. El lingüista norteamericano Noam Chomsky (1928 --) acuñó el término competencia (*competence*) para referirse a su modalidad gramatical (en el sentido de conocimiento tácito) y lo diferenció de la actuación (*performance*), entendida como ejecución o acción de poner en práctica este conocimiento (Escandell, Marrero, 2011: 67), a lo que Hymes reaccionó denunciando la falta de conexión de tal aportación con el contexto sociocultural. Según Lyons (1970), Campwell y Wales (1970), Hymes (1972), el concepto de competencia comunicativa propuesto por Chomsky produjo reacciones significativas fuera y dentro del ámbito de la gramática generativa. El principal problema de la propuesta de Chomsky se atribuye a la limitación que supone el establecimiento de un hablante-ideal en una sociedad multicultural, aunque se reconoce que el concepto puede ser útil dentro del contexto de la gramática generativa (Cenoz Iragui, 2004). La propuesta de Chomsky se ha reconocido como una "revolución" para la lingüística (termino atribuido por ej. por Neumeyer, 1986), especialmente al producir apertura a los procesos mentales mediante modelos cuasi-matemáticos y donde "cognición" (información previamente excluida por los conductistas) era como opuesto a conducta. Según Murria (1998:98) (citado por Duranti, 2003: 8-9) la respuesta de Gumperz y Hymes en los años 60 fue considerada entre las de mayor trascendencia (Duranti, 2003: 8-9). En algunos lugares Hymes (1982), brinda su reconocimiento a la aportación de Chomsky, y en general, se pronuncia de forma crítica: "Chomsky propone no una teoría de la competencia, de la actuación (*performance*) y del uso creativo de la lengua, sino una retórica sobre esos términos" (Hymes, 1982:18).

Hymes (1982), también aporta referencias críticas procedentes de diversos investigadores acerca de otras concepciones teóricas de la competencia comunicativa. Es el caso de Habermas, de quien apunta que en la concepción emancipadora que Habermas presenta de la competencia de comunicación, pone el acento sobre las posibilidades de comunicación, en un sistema social dado, donde estas posibilidades se encuentran distorsionadas o suprimidas. (Hymes, 1982: 128). Agrega el punto de vista de Zifonun (1975) quien refiere, que por más que el ideal de Habermas sea un consenso por medio de turnos de palabra; todos los individuos no toman parte de las situaciones de discurso con capacidades idénticas por lo que esto no puede realizarse jamás, salvo tener en cuenta la distribución diferencial de las capacidades en *el interior de las sociedades reales*. (Hymes, 1982: 188-189). **No obstante, Hymes agrega, que al margen de las debilidades de la tentativa de Habermas en su aportación crítica a la sociedad, el autor ha dado a la noción de competencia comunicativa una "notoriedad internacional en filosofía, en sociología y en campos afines" aparte de haber sido el primero en poner de manifiesto el aspecto comunicativo de la historia social en relación con la hegemonía cultural y dominios afines. Apunta también, que una de las virtudes de las teorías de Habermas, Grice y Searle que aparentemente no son reconocidas, es que ellas añaden al "saber qué" y al "saber como", la cuestión de "el saber que se debe" o "que no se debe". Es decir que ellos abren la *definición de competencia comunicativa a cuestiones éticas*, puesto que postulan normas (universales) para los actos de palabra y discurso. Así **los análisis de los actos de habla no deberían ser separados del análisis de actitudes, valores y creencias**, reconocimiento presente en los trabajos de múltiples autores como Bachman, Lindenfeld y Simonin (1981), Saville-Troike (1982), Finegan (1969), Bauman et Sherzer (1974),**

(1965:3) encausa su aportación en un hablante-oyente ideal de una comunidad homogénea, que conoce su lengua y no le afectan limitaciones ni errores al aplicar tal conocimiento en la actuación real. De esta forma, la competencia es el conocimiento de la lengua que tiene tal hablante oyente y la actuación el uso real de la lengua en situaciones concretas. Chomsky esta interesado en estudiar la competencia, no la actuación. Su interés se dirige al desarrollo de una teoría lingüística centrada principalmente en reglas gramaticales.

Seitel (1974), Milroy (1980), Duranti (1981), Russel (1981), Ochs y Schieffelin (1983) entre otros tantos autores (Hymes, 1982: 188-189) y que el mismo Hymes propone en el transcurso de la obra de referencia.

Hymes advierte que en la competencia comunicativa, el término "comunicación" debería ser entendido como aplicándose a la competencia en y por la comunicación, de forma que tal término (comunicación) es general e **incluye la reflexión y el dialogo consigo mismo** (Hymes, 1982: 129). Por otro lado, el autor indica, que en el análisis de la maestría de una lengua, es **importante no separar los factores afectivos y volitivos**. Así, refiere que en una descripción de conjunto de la competencia verbal y de comunicación, deberían tomarse en consideración factores como los que anuncia Goffman (1967: 218-226), es decir capacidades que entran en interacción en la competencia, tales como el coraje, la arrogancia, el atrevimiento u osadía, la presencia de ánimo, la dignidad y la seguridad en escena. Estos aspectos son importantes para la actuación, para aspectos del saber lingüístico y para su análisis. En la enseñanza y en sociolingüística, también aparece siempre el tema de la identidad individual y la identificación de uno mismo con los otros, como factores cruciales para el tipo de competencia adquirida y mantenida (Hymes, 1982: 89-90). En suma, un análisis de la competencia de un individuo o de un grupo, debe incluir las concepciones mencionadas y en particular, (según Peñalosa 1981:41, citado por Hymes, 1982:179) "la utilización efectiva, apropiada de la lengua", interdependiente de actitudes, creencias y valores de las personas comprometidas (Hymes 1961 a, 1962), (Hymes, 1982:179). Así, la opción comunicativa no consiste en una simple puesta en escena de competencias o de estructuras conocidas por separado y a priori, sino más bien en una **integración** de esas competencias y **de sus estructuras en la acción**. El estudio del lenguaje desde el punto de vista funcional, conduce inevitablemente a esta opción, donde trazos humanos presentes y ausentes encuentran su explicación en esta interdependencia (Hymes, 1982: 190). La *cuestión de interés es que la competencia comunicativa puede contribuir a la comprensión del lenguaje en la vida social* (Hymes, 1982:193-194)⁷⁴.

En el balance del recorrido exploratorio acerca de la teoría de comunicación humana, se evidencia la heterogeneidad y escaso consenso. La propuesta de Craig (1999, 2007), es la que parece pertinente y de interés para la presente investigación que se plantea en el apartado relacionado con la elección teórica. En cuanto a la exposición acerca de la competencia comunicativa, se constata que su desarrollo en la segunda mitad del siglo XX no progresó como se pretendía, hasta recobrar fuerza a partir del EEES (2010). En su modalidad teórica y pragmática, cabe destacar, su vinculación con el contexto de la situación de habla, con las actitudes, los valores, las creencias y con aspectos afectivos y volitivos, en similitud con los planteamientos actuales.

⁷⁴ En relación con *la competencia comunicativa y el desarrollo de la teoría de la comunicación*, se destaca la dedicación de la *National Communication Association* (NCA) en Estados Unidos, ya sea para el aprendizaje de la lengua en no nativos o para la mejora competencial de los hablantes en el ámbito profesional. De ella derivan publicaciones y actividades científicas a través de sus convenciones. En esta línea, la representación en dicha organización de destacados miembros académicos, especialistas en comunicación, procedentes de las principales Universidades estadounidenses, ha favorecido el desarrollo guías formativas y otros instrumentos (en relación con las normas estatales de dicho país), encauzados al ámbito educativo básico y al universitario, en particular. De algunas de estas producciones revisadas, se recogen ideas y se integran a través del propósito del presente estudio. En relación con la comunicación y salud, se destaca también la *European Association for Communication in Healthcare* (EACH). Dicha organización está conectada con la asociación americana: *American Academy on Communication in Healthcare* (AACH). Son organizaciones interdisciplinarias sin ánimo de lucro, cuyos objetivos tratan del intercambio de ideas acerca de la comunicación asistencial. En la enseñanza de la comunicación en el pregrado, un interés principal se centra en "cómo" enseñar más que "qué" enseñar (Noticias semFYC, 2010), aspecto coincidente con la finalidad del presente estudio.

4.2. Elección teórica para la presente investigación

El presente apartado centra la atención en la base sociológica del estudio, cuya perspectiva forma parte del interés del mismo. La aportación de Berger y Luckmann (1983) en su obra sobre la construcción social de la realidad, describe este proceso en el que participa el lenguaje y la comunicación cara a cara, a la vez, que facilita una modalidad de articulación para comprender la producción y reproducción social de conocimiento, junto con el esclarecimiento del fenómeno comunicativo. Las características de la presente investigación centrada en interacciones situacionales (comunicación enfermera-paciente) conducen también a la microsociología (por oposición a la dimensión macro) y a la perspectiva interpretativa. Posteriormente, se busca pronunciamiento sobre un concepto teórico de comunicación, cuya mejor idoneidad se encuentra a través de una propuesta de Bretones (2008, 2009). Finalmente, mediante la aportación de Craig (1999, 2007) se encuentra el marco teórico que puede sustentar la diversidad teórica utilizada.

Epistemología constructivismo social⁷⁵. La lógica de articulación general que prevalece en la óptica del fenómeno que se aborda en este estudio desde la perspectiva sociológica, es la del constructivismo social en función de la interpretación de Berger y Luckmann (1983)⁷⁶ para la obra "La construcción social de la realidad". El método del que se sirven los autores para realizar su aportación es el análisis fenomenológico descriptivo. Dividen su estudio en tres partes: 1ª) Argumentan las bases de su concepción de la sociología del conocimiento (SC) y "conocimiento". 2ª) Sociedad como realidad objetiva. 3ª) Sociedad como realidad subjetiva.

En cuanto a las bases de la Sociología del Conocimiento y "conocimiento", los autores refieren que el "conocimiento" del sentido común más que las "ideas" debe constituir el tema central de la SC (Berger y Luckmann, 1983: 31). Apuntan que "la realidad de la vida cotidiana se da por establecida *como* realidad" (p. 41) y esta realidad social (que los autores refieren como suprema en su modalidad general) es aprehendida por los individuos como un *continuum* de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del "aquí" y "ahora" de la situación "cara a cara" (p. 51) entre las personas. Esta modalidad cara a cara, constituye la unidad relacional básica en la sociedad, de la que se derivan todas las demás.

Acerca de la sociedad como realidad *objetiva*, se parte de que los hombres, en general, producen juntos un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas. Este apartado se estructura en dos partes 2.1) institucionalización y 2.2) legitimación, ambos, según los autores atribuyen un carácter de orden al entorno humano.

La *institucionalización* se corresponde con las formas de habituación, que en el tiempo llegan a establecerse como rutinas (por su depósito general de conocimiento), que posibilitan la división social del trabajo abriendo una vía para la deliberación y la innovación. La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca de acciones habitualizadas por tipos de actores a los que la misma institución tipifica de forma individual. Las instituciones siempre tienen una historia de la cual son productos. Para su mantenimiento y reproducción, controlan e imponen normas y sanciones en una dirección determinada, entre otras que serían posibles. Sus propios individuos asumen también el rol de control de la institución (así se constituye el sistema de control social). Cuanto más se institucionaliza el comportamiento, más previsible y controlado se vuelve. Un mundo institucional se experimenta como realidad objetiva, tiene una historia que nos precede al nacer y no es accesible a la memoria biográfica, ejemplo parecido es el lenguaje, que desde el nacimiento aparece como inherente a la naturaleza (p. 72-85). "El proceso por el que los productos externalizados de la actividad humana alcanzan el carácter de objetividad se llama objetivación. El mundo institucional es actividad humana objetivada" (p. 83). La relación del hombre productor y el mundo social, su producto, es dialéctica, es decir interactúan, de forma que el producto vuelve a actuar sobre el productor.

⁷⁵ Constructivismo y constructivismo. En relación con el empleo diversificado de esta terminología, en este trabajo se toma como referente a Rodrigo Alsina (2001: 178) que hace un empleo indistinto, aunque en este estudio se mantiene la constante del término constructivismo.

⁷⁶ 1ª Versión fue en alemán (1966). En castellano (1968). La de 1983 es la 6ª reimpresión en castellano

La sociedad es un producto humano por eso la sociedad es una realidad objetiva. El lenguaje proporciona la superposición fundamental de la lógica al mundo social objetivado y a la vez se convierte en el instrumento para el acopio de conocimiento compartido y su transmisión. Sobre el lenguaje se construye el edificio de la legitimación, convirtiéndose en su instrumento principal. En relación con el orden institucional el conocimiento primario es pre-teórico equivale a lo "que todos saben" (p. 88) y dado que se objetiva como un cuerpo de "verdades", quien se aparta de este conocimiento puede ser considerado "desviado" o "ignorante", etc.. este cuerpo de conocimientos se aprehende e internaliza como realidad en el curso de la socialización, a través de la cual también se participa en la producción continua de esa realidad social (p. 83-90). La transmisión de significado de una institución se basa en el reconocimiento social de esta como solución permanente a un problema permanente de una sociedad dada, por lo tanto los actores deben enterarse sistemáticamente de estos significados. El saber y el no saber forman parte de la realidad. Cuando se produce un cúmulo de conocimiento objetivo y un lenguaje se producen los roles, que son como tipos intercambiables que al internalizarse cobran realidad para el individuo que los desempeña. El desempeño de un rol requiere penetrar en capas profundas (cognoscitivas y afectivas) del cuerpo de conocimientos que atañe a ese rol, si no se adquiere, se requieren agregados específicos de conocimientos hasta obtenerlo. Si hay algún problema en el proceso, se consideran dificultades subjetivas al internalizar significados socialmente aceptados. De esta forma, se puede suponer que existen universos de significado que otorgan sentido objetivo a agricultores, comerciantes, etc., lo que no significa que no existan conflictos entre ellos. El universo de significado puede alejarse de las bases de los intereses biográficos y sociales del conocedor, cuestión que puede suceder también en el campo científico y alcanzar una gran autonomía en oposición a su propia base social. Por eso interesa remarcar que el conocimiento y su base social es dialéctica; el conocimiento es un producto social y como tal factor de cambio social. De aquí surge la reificación, que es la aprehensión de los fenómenos humanos como si fueran cosas (una modalidad de conciencia) en términos no humanos y la empresa humana queda fijada como facticidad inerte, no humana ni humanizante y lo mismo puede suceder con los roles y las instituciones (en estos casos es común el argumento "tengo que actuar de esta manera debido a mi posición") (p. 93-119).

La *legitimación*, explica el orden institucional atribuyéndole validez cognoscitiva a sus significados objetivados y dignidad práctica. Se explica qué *debe hacer* el individuo y porqué las cosas *son* lo que son. En dicha legitimación el "conocimiento" precede a los "valores". El segundo nivel de legitimación contiene proposiciones teóricas en forma rudimentaria (proverbios, máximas morales, sentencias..). El tercer nivel contiene teorías explícitas en términos de un cuerpo diferenciado de conocimientos de la legitimación institucional (por ej. relación entre primos, derechos, obligaciones y normas, etc.). El cuarto nivel lo constituyen los universos simbólicos o "procesos de significación referidos a realidades que no son de la experiencia cotidiana" (p. 124-125). Son como una matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente donde la biografía de un individuo se ve como hechos que ocurren dentro de ese universo (ej. nacimientos, muertes..), que a su vez atribuye la primacía en la jerarquía de la experiencia humana y es la legitimación definitiva del orden institucional. Los autores destacan la función legitimadora de la "ubicación de la muerte" de importancia estratégica para la biografía individual (p. 131), en el sentido de que su legitimación capacita al individuo para seguir viviendo (y obrando) después de la muerte de otros significantes y anticipar su propia muerte. Se trata de mitigar el problema, para no quedar paralizado y seguir con las rutinas de la vida diaria. Se le atribuye un sentido de protección contra lo que es considerado el peor de los terrores humanos. De esta forma el universo simbólico vincula a antecesores y sucesores, dentro de una unidad coherente con pasado, presente y futuro. El mantenimiento y éxito de los universos simbólicos se relaciona con los que ostentan el poder de su manejo, que cambian a través del tiempo (p. 122-133).

Sociedad como realidad *subjetiva*, incluye la socialización primaria y secundaria. La congruencia entre significados subjetivos y el conocimiento recíproco de esa congruencia presupone la significación. La internalización primero, constituye la base para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto a realidad social y

significativa. Este proceso se denomina *socialización primaria*, a través del cual el niño acepta e internaliza los roles y actitudes de los otros significantes y se apropia de ellos. Aunque estos aspectos varían entre sociedades, se considera que por encima de todo debe internalizarse el lenguaje. Aunque la socialización nunca termina, se dice que esta finaliza con la integración del otro generalizado (p. 165-171). *Socialización secundaria*. Es la internalización de roles profesionales o submundos institucionales y su alcance está relacionado con la división social del trabajo, que supone un cuerpo de vocabulario, alegorías e imágenes sobre la base instrumental del lenguaje. El individuo establece un yo parcial específico del rol y otro de su realidad al margen del anterior. La socialización secundaria contiene elementos cognoscitivos y afectivos, aunque es menos intensa que la primaria, por ello los refuerzos adicionales (ej. agregados de conocimientos o técnicas) para la adquisición de roles, pueden ser mayores para mejorar la aprehensión del rol. La disponibilidad a sacrificarse profesionalmente es la consecuencia final de este tipo de socialización (p. 166-180).

Mantenimiento de la realidad subjetiva. Los otros significantes constituyen los agentes principales para el mantenimiento de la realidad subjetiva. Algún quebrantamiento constituye una amenaza a dicha realidad. El vehículo más importante es el *diálogo, que debe ser continuo y coherente*. El aparato conversacional de un individuo, mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva, aunque hay una parte implícita y no explícita. Existen mantenedores de realidad a distancia como email, teléfono, etc. con poder inferior al diálogo cara a cara. En el mantenimiento de la realidad subjetiva existen dos tipos de requerimientos: de rutina y de crisis. Ante las crisis se precisa intensificar el diálogo (p. 189-195).

En *síntesis*, ya que la sociedad existe como realidad objetiva y subjetiva, cualquier comprensión adecuada de ella debe comprender las dos modalidades. Todos los fenómenos sociales son construcciones producidas históricamente a través de la actividad humana. Las definiciones tradicionales de la realidad inhiben el cambio social y las rupturas del monopolio lo aceleran. Igualmente "el poder en la sociedad incluye el poder de determinar procesos decisivos de socialización" (p. 152), por lo que la posibilidad de que expertos universales ejerzan el monopolio efectivo sobre definiciones últimas de la realidad en la sociedad existe (p. 136-156) (Tabla 4.7, 4.8). En suma, el interés de la aportación de Berger y Luckmann (1983), se plantea desde distintos prismas en diversos apartados del presente estudio. En esencia, desde su lógica facilita comprender la producción y reproducción de conocimiento social, su vinculación con la construcción social de la realidad mediante la participación del lenguaje y la modalidad constructiva y tácitamente "negociada" de encuentros comunicativos situacionales.

Perspectiva interpretativa. En base a la clasificación de corrientes teóricas de la comunicación (que desde sus perspectivas alimentarían las teorías de la comunicación) de Rodrigo Alsina (2001:161), (Tabla 4.4), la perspectiva interpretativa puede integrar: Constructivismo, el Interaccionismo Simbólico, Erving Goffman, la Escuela de Palo Alto y Etnometodología (Rodrigo Alsina, 2001:161) y es en base a tal propuesta que se integran dichas corrientes teóricas en el presente apartado, con la salvedad de la Etnometodología. La Etnometodología cuyo objeto es "identificar las operaciones a través de las cuales la gente se da cuenta y da cuenta de lo que es y hace en las acciones corrientes y contextos de interacción variados" (Mattelart y Mattelart, 2003: 90-91), por cuestiones necesariamente restrictivas no puede ser incluida en este estudio y su finalidad no ha sido integrada en el método, por más que es afín a la temática comunicativa. La perspectiva interpretativa supone un giro a lo cotidiano y movimiento intersubjetivo. Surge como reacción a las teorías estructural-funcionalistas que dominan durante tiempo la escena sociológica, de modo que se van afirmando otras unidades de análisis, como la persona, el grupo y las relaciones intersubjetivas en la experiencia de la vida cotidiana. Su presencia, reaviva los debates sobre el riesgo de cosificar los hechos sociales y da lugar a reconducir el interés de la comunicación hacia el individuo a través de la microsociología, así como hacia la recepción en el caso de los medios de comunicación (Mattelart y Mattelart, 2003: 89-96).

Interaccionismo simbólico. George H. Mead, es considerado generalmente como fundador del interaccionismo simbólico, vinculado también a otros autores, (como por ej. Ch. H. Cooley) pertenecientes a la Escuela de Chicago desde los años veinte del siglo pasado. No obstante, la acuñación del término "interaccionismo simbólico" procede de 1938 y se debe a H. Blumer, que

Tabla 4.7

<p>Constructivismo social: rasgos</p> <p>Basado en la obra "La construcción social de la realidad" (Berger y Luckmann, 1983)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ El prototipo de interacción social es la situación cara a cara. ○ La gente se aprehende entre si a través de esquemas tipificadores, que entran en negociación continua con las situaciones cara a cara. La realidad social de la vida cotidiana es aprehendida en un continuum de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del "aquí y ahora". La estructura social es la suma total de estas tipificaciones y de las pautas de interacción recurrentes en el intermedio de ellas. ○ El lenguaje ocupa un papel central en nuestra vida cotidiana. Se refiere a lo que se experimenta en la conciencia y se comparte con otros de una manera establecida. ○ La vida cotidiana esta dominada por un conocimiento de receta, limitado a efectos prácticos rutinarios, con un lugar prominente en el cúmulo social de conocimiento. Este conocimiento es distribuido de forma diferente según tipos de individuos, criterios de relevancia, intereses y situación de cada individuo en la sociedad. ○ El orden social es una producción humana constante ○ La institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación de acciones reciprocas habitualizadas por tipos de actores. El mundo institucional se presenta como un hecho externo y coercitivo y para permanecer necesita formulas para explicarse, justificarse y legitimarse. ○ La sociedad se caracteriza por un continuo proceso dialéctico compuesto por tres momentos simultáneos: internalización, objetivación y externalización. La persona "externaliza simultáneamente su propio ser y el mundo social y lo internaliza como realidad objetiva" (Berger y Luckmann 1983: 164). ○ La internalización constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo en cuanto realidad significativa (Rodrigo Alsina, 2001: 176). Berger y Luckmann (1983: 164-204) distinguen una socialización primaria y otra secundaria. ○ La socialización primaria es la que vive el niño hasta convertirlo en un miembro de la sociedad. El niño acepta los roles y actitudes de los otros, los internaliza y se apropia de ellos. ○ La socialización secundaria, es la que realiza el individuo tras la socialización primaria y supone el aprendizaje de roles dentro de áreas institucionales específicas. ○ La socialización jamás se termina y tiene pleno éxito cuando se produce un alto grado de simetría entre la realidad objetiva y subjetiva.
<p>Fuente elaboración propia a partir de Berger y Luckmann (1983) y Rodrigo Alsina (2001:161-162)</p>

Tabla 4.8

<p>Constructivismo social: abstracciones que sustentan este estudio</p> <p>Basado en la obra "La construcción social de la realidad" (Berger y Luckmann, 1983)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ El prototipo de interacción social es la situación cara a cara. ○ La internalización subjetiva de roles comporta que el individuo tiene que penetrar en capas cognitivas y afectivas de conocimiento objetivado socialmente (como normas, valores, etc.) según el rol desempeñado. (P 101-103). Los roles, en su aprehensión, comportan anonimato y se internalizan más fugazmente que en la primera infancia. Esta fragilidad, es la que justifica, elaborar agregados de técnicas especiales, para infundar la identificación requerida, como necesaria por la institución. (P 184) y para que los roles apunten hacia alguna solución esencial, vinculada con la dialéctica social (P 101-103). ○ Lo que en la sociedad se da por establecido como conocimiento, llega a ser simultáneo con lo cognoscible, aunque en todo caso, proporciona el armazón para lo que se conocerá en el futuro. (P 88-90). El conocimiento es un producto social y factor de cambio social. La reificación o aprehensión de fenómenos humanos como si fueran cosas, sería una concepción no dialéctica de la relación existente entre lo que los hombres hacen y lo que piensan (P 111-120). ○ Cualquier orden institucional (a través de universos simbólicos) trata de capacitar al individuo mitigando el temor hacia su amenaza vital más terrible, su propia muerte o la de otros significantes, para no paralizar las rutinas sociales. Así, carecer de esa defensa significa ser anómico, y exponerse en soledad a un drama vital. (P 131-133) ○ Un problema de la institucionalización es que al limitar la flexibilidad inhibe el cambio social, contrario a lo que sucede con la ruptura del monopolio establecido que lo acelera. De aquí que definir el poder en la sociedad, supone el poder de determinar y definir procesos decisivos de socialización y producción de la realidad. (P 150-155). ○ El <i>diálogo</i>, a través de las situaciones "cara a cara, es el vehículo más importante para el mantenimiento de la realidad subjetiva, que la transforma y reconstruye continuamente, a la vez que le imprime contornos firmes. Las objetivaciones del lenguaje, se vuelven objetos de la conciencia individual. La eficacia en el mantenimiento de esa realidad subjetiva, requiere que el, el aparato conversacional sea continuo y coherente. Algún quebrantamiento en su continuidad y coherencia, plantea <i>ipso facto</i> una amenaza a dicha realidad. Aunque dichas amenazas pueden ser paliadas con otros medios (ej. cartas, e-mails, etc.), su fuerza es inferior a la de diálogos cara a cara. (P 187-195) ○ En situaciones de crisis, los procedimientos son los mismos que para el mantenimiento de rutinas, excepto que las confirmaciones de realidad, tienen que ser, explícitas e intensivas [ej. soporte social adicional, provenga o no de un profesional]. La realidad subjetiva nunca termina de socializarse, ya que el cambio es continuo. (P 187-195) ○ Una "socialización exitosa" supone un alto grado de simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva, con efectos concomitantes en la identidad. Dicho de otro modo, en la socialización exitosa, todos, en gran medida, son lo que se supone que han de ser. (P 205-215). ○ Desde la sociología del conocimiento se entiende la realidad humana como realidad construida socialmente. (p233). ○ Según afirman Berger y Luckmann su concepción de la sociología del conocimiento [...] no implica que [el] método [de la sociología] debiera ser nada más que empírico, ni que pueda estar libre de valores. Lo que sí implica es que la sociología se ubica junto a las ciencias que tratan del hombre [...] y en ese sentido específico constituye una disciplina humana. (p233).
<p>Fuente elaboración propia a partir de Berger y Luckmann (1983) y Rodrigo Alsina (2001:161-162)</p>

escribió también la obra *Symbolic Interactionism* en 1968. Mead no escribió ningún libro y su obra más importante, "Espíritu, persona y sociedad" (Mead, 1982) se debe a sus manuscritos inéditos y los apuntes de clase de sus alumnos, tras su muerte (Rodrigo Alsina 2001: 168). Mead es considerado fundador de la Psicología Social contra J.B. Watson (1878-1958), fundador del conductismo (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 167). La recepción del pensamiento de Mead continúa siendo escasa en España. El estudio de sus fuentes, fue emprendido con rigor por Hans Joas, en los años setenta en Alemania y con menos profundidad por el estadounidense David Miller (Sanchez de la Yncera, 1991:133-135). El interaccionismo simbólico se halla fuertemente entroncado con el pragmatismo, del que el mismo Mead es eminente representante. La intención política de esta filosofía, es la de fundamentar la armonía del individuo en la sociedad, siendo la relación entre ambos de interacción e influjo mutuo. A su vez, el pragmatismo es más bien una reacción contra el individualismo ideológico derivada del liberalismo y capitalismo americano de principios de siglo. Así, el discurso de Mead se dirige hacia un ideal regulativo, a través de una significación moral en favor de la cooperación y el comunitarismo, que supondrían para este autor la democracia y culminarían en una eticidad de la sociedad. Según Chasin (1964), el interaccionismo simbólico defiende el papel creador del individuo como ser social, de ahí el énfasis en la educación y la búsqueda de un nuevo consenso social basado en la comunicación total (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 105). Desde la perspectiva de Blumer, el interaccionismo simbólico es a través de la interacción permanente (especialmente por medio del lenguaje y el significado) que las personas vamos construyendo el sentido de las situaciones sociales de la vida cotidiana, simultáneamente con lo que los demás esperan de nosotros y lo que nosotros esperamos de ellos. En este sentido, Blumer (1982:13) señala que:

"En la mayoría de las situaciones en que las personas actúan con respecto a otras, los individuos cuentan de antemano con un profundo conocimiento del modo en que han de comportarse y de cómo se comportarán los demás"

Esta teoría postula que la conducta es construida subjetivamente tanto sobre uno mismo, como sobre los otros, por lo que la sociedad puede ser entendida como un conjunto de significados compartidos. A través de la actividad interpersonal, emergen expectativas más o menos estables, que permiten guiar el comportamiento hacia esquemas previsibles. Visto de este modo, *la sociedad es producto de la interacción comunicativa y a la vez se produce y reproduce la sociedad*. De esta forma, las interpretaciones individuales pasan a ser colectivas, a la vez que socialmente convenidas e individualmente internalizadas, de forma que se produce el proceso de *subjetivación* y externalización u *objetivación* de la realidad, que compartida por un grupo social se convierte en patrimonio comunitario. En consecuencia, el comportamiento humano, es un comportamiento "en curso" (o emergente) y presenta cierta provisionalidad, puesto que las personas actúan en función de la respuesta de los demás. Conceptos clave en el interaccionismo simbólico de Mead, son el *self*, (traducido como "sí mismo") y el "otro generalizado": El *self*, se trata de una imagen que es construida personalmente a través de significados que surgen de la interacción simbólica y que es considerado un elemento esencial para la integración de las personas en su trama existencial y social. El "otro generalizado", supone la interiorización de las actitudes de los demás en relación con nosotros (Rodrigo Alsina 2001: 168). Para Mead la comunicación al constituir a la persona, constituye a la sociedad y a través del lenguaje se hace posible la adopción de los papeles de los otros (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 159-167). En este sentido, Mead señala:

"Es en la forma del otro generalizado que los procesos sociales influyen en la conducta de los individuos involucrados en ellos y [...] es en esa forma que la comunidad ejerce su control sobre el comportamiento de sus miembros individuales, porque [...] entra como actor determinante, en el pensamiento del individuo" (Mead, 1982: 185).

Indica que el significado es algo objetivo que está ahí, al margen de la conciencia (Mead, 1934: 77, citado por Sanchez de la Yncera, 1992: 138-146.), en cambio el sentido, es inseparable de los efectos prácticos de la comunicación. En "*The genesis of the self and social control*" publicado en 1925, el punto de partida de Mead es el de la acción natural transportada a una teoría acerca de la emergencia y socialidad que culminaría con la conducta humana

reflexivamente orientada. Por otro lado, a partir de entrelazar lo que precede con lo que esta teniendo lugar, Mead otorga probabilidad de certeza a la resultante, según permita el grado de ligazón (Sanchez de la Yncera, 1992: 138-146). Apunta que la *misma inteligencia práctica que se aplica a la acción instrumental, deber ser aplicada en el plano de la conciencia, a través de la moral* [Mead quiere reparar quiebras de la sociedad industrial]. Esta respuesta, se daría a través del pragmatismo, que devuelve al ser humano toda la fuerza y la riqueza de su autonomía moral:

"consiste simplemente en vivir tan plena y consciente y determinadamente como sea posible" (157)(...) Todo el poder y exigencias morales derivan de las propias situaciones de conducta, yacen en el proceso en curso y en la necesidad de saber hacer lo que esta en proyecto."(158)

Para el autor, la ética que necesita la madurez histórica, requiere creatividad y la resolución *dialógica* de los problemas, sin poderse asegurar su solución satisfactoria. De aquí su propuesta de la comunicación entendida como participación consciente en el proyecto común que puede dar sentido al imperativo ético, con reconstrucción continua tanto de hábitos y de la misma organización social (Sánchez de la Yncera, 1992: 148-164). Finalmente, en la teoría de la comunicación que Mead utiliza, se han planteado importantes problemas. Por ej. "si va a haber comunicación como tal, el símbolo tiene que significar la mismo cosa para todos los objetos implicados" (Mead 1934, 54, citado por Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 175- 185). Para que esto sea posible, se ha apuntado que debiera haber *metacomunicación*, de forma que los sujetos definan la situación del mismo modo y solo de esa forma podría comprobarse, cuestión que parece muy difícil de generalizar. Así la psicología social meadiana no acaba de conseguir el paso desde una teoría pragmática instrumental del lenguaje a una teoría de la comunicación (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 175- 185). Algunos de estos aspectos son matizados por Blumer, sin que desaparezca la complejidad metodológica. Su postulado fundamental, es que:

"hay que tomar el rol del actor y ver el mundo desde su situación a partir de lo que percibe, interpreta o juzga" (Blumer, 1966;542).

En consecuencia, es imposible explicar el comportamiento, únicamente a partir de normas y roles socialmente definidos, puesto que el individuo actúa a partir de una definición que el da de una situación determinada. En este sentido Blumer (1966; 542) indica,

"Un grupo humano es un proceso social en curso... las normas y los comportamientos son continuamente negociados entre los participantes..." y por otro lado, (Blumer 1966, 544) refiere: *"la objetividad social no puede nunca disociarse de la subjetividad de los actores"*.

Por tanto, el paradigma sociológico que se deriva de estos planteamientos es un paradigma interpretativo, según el cual, no tiene cabida la operativización de variables, ya que una situación nunca es universal para los actores (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 175).

Erving Goffman. Según Collins (1988:41), autores renombrados como Giddens (1988), Kendon (1998), han llegado a considerar a Goffman el sociólogo más grande de la segunda mitad del siglo XX. Su continuidad teórica, es atribuida por el mismo (Goffman, 1983), como descubrimiento y reconocimiento del "orden" de la interacción. Su análisis de la interacción cara a cara proporciona un encuentro entre lo micro y lo macro (Herrera, Soriano, 2004: 60), aunque generalmente se le atribuye la arquitectura conceptual de la microsociología (Joseph, 1999: 9, Harré, 2006: XIII), y sus trabajos son interpretados también como de sociolingüística o psicociología (Harré, 2006: XIII). En la entrevista que le realizó Winkin en 1980, Goffman (1991) mostró su disconformidad en ser "etiquetado" en alguna tendencia, aspecto que se corresponde con la singularidad de su obra. Se le vincula con la Escuela de Palo Alto (Mattelart A. y Mattelart M., 1997:48) se le considera "reanimador del interaccionismo simbólico" (Saperas, 1969:172) y ambas atribuciones son verdaderas (Rodrigo Alsina, 2001:171-172). Autores como Riggins (1990), Lamo de Espinosa (2001) refieren el reconocimiento de alguna de sus obras como "clásicas" de la sociología como *Presentation of self in Every day Life* o *Asylums*. Goffman (1959:9) por una parte concentra su atención en la interacción cara a cara y por otra, declara querer abrir una de las perspectivas sociológicas

mediante la que se pueda estudiar la vida social (Herrera, Soriano, 2004: 60). En su obra *Frame Analysis* (2006), señala que su libro se ocupa no de la estructura de la vida social, sino de la estructura y organización de la experiencia que los individuos tienen en cualquier momento de sus vidas sociales (Goffman 2006: 14). Por otro lado, la dramaturgia social forma parte de la forma de presentar su narrativa, que constituye, en parte, su singularidad. En "La presentación de la persona en la vida cotidiana" lo indica el mismo con las siguientes palabras:

"En este estudio empleamos la perspectiva de la situación o representación teatral; los principios resultantes son de índole dramática. (Goffman, 1987:11).

Para Goffman la actuación del individuo ante los demás incluye previsión y suposiciones que orientan su comportamiento, a la vez controla el tipo de efecto que causa en consideración a ese contexto determinado y para obtener aprobación, según apunta:

En las páginas que siguen considerare de qué manera el individuo se presenta y presenta su actividad ante otros, en las situaciones de trabajo corriente, en que forma guía y controla la impresión que los otros se forman de él, y qué tipo de cosas puede y no puede hacer mientras actúa ante ellos" (Goffman, 1987:11).

Así, en la modalidad dramática⁷⁷ de Goffman, la vida cotidiana es una continua puesta en escena, que comporta el uso de etiquetas, reglas y definiciones de conductas que se interiorizan de forma tácita y suponen una acotación en el comportamiento de los individuos. Especifica que la fachada se corresponde con un modo general y prefijado con la finalidad de definir la situación con respecto a aquellos que la observan (Goffman 1987: 33-34). En este sentido el autor afirma que "cuando un actor adopta un rol social establecido, descubre, por lo general, que ya se le ha asignado una fachada particular" (Goffman 1987: 39). En su libro "Los momentos y sus hombres" (Goffman, 1991), (Rodrigo Alsina, 2001:171-172).

Un elemento clave en la teoría de Goffman es el concepto de marco o *frame*. Según Wolf (1982: 35), la idea parte de que "en la vida diaria, la construcción de la realidad social se desarrolla mediante un flujo continuo de definiciones de las situaciones", lo cual supone "identificar cooperativamente una cierta estructura de interacciones, expresiones, comportamientos, expectativas, valores como adecuadas a los sujetos en aquel momento" (Rodrigo Alsina 2001: 172-174). En este sentido Goffman manifiesta claramente que su perspectiva es situacional, lo cual "significa una preocupación para lo que puede ser vital para un individuo en un momento determinado". En este sentido apunta que su objetivo es "intentar aislar algunos de los marcos de referencia disponibles en nuestra sociedad, que son básicos para la comprensión y la explicación del sentido de los acontecimientos" (Goffman, 2006:10). Así el *frame* facilita definir las situaciones de interacción y la competencia de los interactuantes, en base a expectativas y límites de tipo normativo, que comporta dicho marco. Además, por el principio de *reflexividad* inherente, la definición del encuentro social esta implícita en el mismo encuentro. Según Saperas (1992:171) la propuesta metodológica original de Goffman "a medio camino entre el método cualitativo y la intuición particular" supuso un primer cuestionamiento de valor hacia las técnicas cuantitativas de análisis social (Rodrigo Alsina 2001: 172-174). Finalmente, en la obra de Goffman se observa cierta recurrencia en la alusión a la moralidad ante las interacciones sociales, dimensión apuntada también por Harré (2006:XIV), (Joseph, 1999: 103), aparte del propio Goffman, según las siguientes evidencias:

"El individuo tiende a tratar a las otras personas presentes sobre la base de la impresión que dan -ahora- acerca del pasado y el futuro. Es aquí donde los actos comunicativos se transforman en actos morales... reclamos y promesas hechos de forma implícita suelen tener un carácter moral..." "Como actantes, los individuos no están preocupados por el problema moral de cumplir con esas normas, sino con el problema moral de construir la impresión convincente de que satisfacen dichas normas. Nuestra actividad atañe en gran medida... a cuestiones de índole moral, pero como actantes... somos mercaderes de la moralidad" (Goffman 1971: 266-267)

⁷⁷ Dramatizar una situación es "transformarla en historia susceptible de ser contada y al reactuarla, según la gramática y el vocabulario de los motivos, se da en ella una representación (Joseph, 1999:30)

Por tanto podría interpretarse que en tanto que actuantes, la moralidad, ante los demás, es fruto de la preocupación por presentar la mejor "fachada" ante los demás y la situación.

Escuela de Palo Alto. La Escuela de Palo Alto, recibe el nombre por la población donde estaba ubicada dentro del Mental Research Institute (cerca de San Francisco, de EEUU), llamada también "colegio invisible" (porque sus autores –psiquiatras, antropólogos, sociólogos, etc.- trabajaban generalmente en la distancia). Comienza en 1942 impulsada por Bateson que se asocia con Birdwhistell, Hall, Goffman, Watzlawick, etc. y se incrementó en los años 60 y 70 del pasado siglo, cuyo interés esencial era el estudio de los problemas de la comunicación humana. Dichos autores desviados del modelo lineal comunicativo, trabajan a partir del modelo circular retroactivo propuesto por Wiener. Refieren que la teoría matemática concebida para ingenieros de telecomunicaciones debe reservarse para estos y la comunicación debe ser estudiada por las ciencias humanas a partir de un modelo que le sea propio. Winkin (1981) interpreta sus posiciones refiriendo que hay que concebir la investigación en materia de comunicación en términos de nivel de complejidad, de contextos múltiples y de sistemas circulares. En esta visión circular de la comunicación el receptor desempeña una visión tan importante como el emisor, tomando, entre otros, conceptos sistémicos y lingüísticos. En resumen estos investigadores intentan dar cuenta de una situación global de interacción y no solo estudiar algunas variables tomadas aisladamente (Mattelart y Mattelart, 2003: 47-49). Bayon y Mignot (1996), les atribuyen la construcción de conceptos y esquemas, así como la relación de instrumentos a través de una lógica interna, que luego aplicaban a los hechos, dando lugar a sus propuestas teóricas singulares (Winkin, 1994: 90-99; Rodrigo Alsina, 2001: 164). El proceso de comunicación es planteado por esta escuela como interaccional y sistémico, además de pragmático, dado que se interesa por el estudio de los efectos de la comunicación en la conducta y en sus componentes verbales y no verbales en vinculación con el contexto donde la comunicación se produce (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987: 11-24).

En general, la interdependencia entre el individuo y su medio fue objeto de muy poca atención a partir del campo psicoanalítico (que postula la conducta como resultado de una interacción de fuerzas intrapsíquicas según leyes de energía desde la física). Por otro lado, al ocuparse la ciencia de relaciones lineales causa-efecto, una serie de fenómenos muy importantes permaneció fuera del territorio conquistado por el conocimiento científico durante los pasados siglos, fenómenos considerados por los autores, en relación con el crecimiento y cambio a nivel humano. En esta coyuntura, el concepto de intercambio de información o comunicación se hacía indispensable, dado que había una discontinuidad conceptual, aunque ello conduce a distintos órdenes de complejidad. La teoría de esta escuela sostiene que los sistemas interpersonales pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta a la de las otras y es a su vez afectada por estas. Estos circuitos son cualitativamente distintos de todo lo que pueda incluirse dentro del campo de la mecánica clásica. De aquí que su estudio requiera nuevos marcos conceptuales, dado que su lógica y su epistemología son distintas con respecto a ciertos principios tradicionales del análisis científico (como por ej. aislar una variable) con el que esta modalidad sistémica presenta discontinuidad epistemológica (Watzlawick, Bavelas, Jackson, 1987: 33). A su vez, esta teoría se apoya en principios cibernéticos (la cibernética es entendida por Breton (1992) más como un proyecto o una forma de reflexionar que una teoría articulada) en base a ocuparse de cómo un estímulo se transforma en información (*input*) y de cómo el sistema receptor reacciona ante este con una respuesta (*output*), (Rodrigo Alsina, 2005). Este pasaje conceptual, llevó a postular la cibernética como una nueva epistemología tras la II Guerra mundial (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987: 31). La obra, "Teoría de la comunicación Humana" (1987), publicada en 1967, aporta un marco de referencia y una serie de axiomas exploratorios de la comunicación, (Tabla 4.9) avalados con ejemplos para demostrar consecuencias y problemas de la comunicación. Conceptualmente, los autores refieren: *comunicación* como unidad de conducta; *mensaje* como cualquier unidad comunicacional singular; *interacción* a una serie de mensajes intercambiados entre personas (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1987: 49-58).

Watzlawick (1976) en su obra ¿Es real la realidad? plantea la comunicación como un proceso del que refiere "de estar bien logrado, consiste en la correcta transmisión de información y

Tabla 4.9

<p style="text-align: center;">Escuela de Palo Alto: Estudio de la comunicación</p> <p style="text-align: center;">A X I O M A S</p>
<p>a) Imposibilidad de no comunicar.</p> <p><i>Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974: 50):</i> "Si se capta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar".</p>
<p>b) En la interacción a través de la metacomunicación (nivel de contenido y nivel relacional) se establece la intención e interpretación del mensaje.</p> <p><i>Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974: 56):</i> "Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero, yes, por ende una metacomunicación". En esta interrelación se establece cual es la intención comunicativa del mensaje</p>
<p>c) La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar las secuencias de comunicación de cada participante</p> <p><i>Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974: 60):</i> "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes", Equivale a que en una interacción los participantes van estableciendo las secuencias de los hechos a su manera.</p>
<p>d) Los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios</p> <p><i>Watzlawick, Beavin y Jackson, (1974: 70):</i> "Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia". [Equivale también a que sean rígidos o flexibles]</p>
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de Watzlawick, Beavin y Jackson (1974: 49-71) y Rodrigo Alsina (2001:166).</p>

ejerce sobre el receptor el efecto deseado" (Watzlawick 2003:13). La comunicación es referida como un proceso creativo, en el que participan mensajes múltiples: gestos, palabras, mirada, espacio, etc. (Rodrigo Alsina, 2001: 167). Así, cualquier comunicación implica un compromiso y define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor, por lo que es sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto conativo (influencia en otro) se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y en última instancia, a la relación entre los dos comunicantes. Observando una sucesión de mensajes se extrae una lógica de la comunicación, donde la puntuación organiza los hechos de la conducta, y cuyo desacuerdo causa incontables conflictos en las relaciones (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987: 49-58). Para Watzlawick, *el resultado de la comunicación, daría lugar a lo que llamamos "realidad"* añadiendo que "la más peligrosa manera de engañarse a sí mismo, es creer que solo existe *una* realidad..." (Watzlawick 2003:7-8). Por otro lado, a partir de alguna alteración en las modalidades comunicativas, puede surgir un estado de *confusión, que es planteado como la consecuencia de una comunicación defectuosa, que deja al receptor en un estado de incertidumbre o de falta de comprensión*. Esta alteración puede generar niveles leves de *perplejidad* hasta otros más graves de *angustia aguda*, dado que los seres humanos, dependen, entre otros aspectos, del medio ambiente y de la necesidad de suficiente intercambio de información. Así, la desinformación es fruto de alteraciones de la realidad que proceden de la búsqueda y no obtención de información, incluida la posibilidad del ocultamiento voluntario por otros de dicha información (Watzlawick 2003:13-59).

Entre las derivaciones teóricas de esta Escuela, estaría el "fenómeno del doble vínculo" (Tabla 4.10), cuya paradoja pragmática revela contradicciones que imposibilitan realizar satisfactoriamente una acción indicada al receptor [por ej. una orden emitida por un instructor que incluye contradicciones o amenazas si se realiza] y cuyos principios son establecidos por Watzlawick (1986) (Rodrigo Alsina 2001: 164-167). En suma, la modalidad cibernética, a pesar de sus raíces en el funcionalismo tecnológico, hace hincapié en problemas de imprevisibilidad en los procesos de retroalimentación y apunta la probabilidad de consecuencias no deseables de los actos comunicativos (aun con las mejores intenciones de los interlocutores). Una destacada aportación de la cibernética, es la consideración de que el todo es mayor que la suma de sus partes. En consecuencia, analizar la comunicación desde el punto de vista sistémico, conduce a trascender las perspectivas individuales, de forma que no se puede responsabilizar a los individuos, de aquello que no pueden controlar individualmente (Craig, 2007: 81-82).

En cuanto a la *modalidad conceptual de comunicación seleccionada*, se trata de las bases psicosociales de la comunicación, articulada desde la sociología de la comunicación, por M^a Trinidad Bretones (2009). Realiza aportaciones sobre bases psicosociales de la comunicación (Bretones, 2009), así como sobre la tipología y análisis de la comunicación (Bretones, 2008), cuyos referentes o abstracciones pueden resultar propicios para este apartado, particularmente en lo que se refiere a la comunicación interpersonal que concierne a este estudio. La autora parte de una concepción de *comunicación interpersonal* entendida como proceso de intercambio de mensajes entre actores sociales "individuales" que se sirven de ellos como datos, conocimiento o ideas y emociones sobre el mundo en el que operan y cuyo proceso, es instrumento con y por el que operan como seres "sociales" en medio de "sociedades" (Bretones, 2008:17). En base a J.B. Thompson (1998), Bretones plantea que la interacción cara a cara tiene lugar en un contexto de co-presencia y los participantes comparten un sistema de referencia espacio-temporal común, que hace posible la comunicación gestual y cargada de inferencias (deducciones). Se trata de una comunicación de flujo bidireccional y dialógica, con variabilidad indeterminada de señales simbólicas. Es un tipo de comunicación tácitamente "negociadora", o con el grado de ambigüedad o discrepancia tolerable (Bretones, 2008: 30)⁷⁸. Como elementos sustanciales del fenómeno comunicativo y la comprensión del mundo que rodea a un individuo, la autora explica el proceso como sigue.

⁷⁸ Algunas de estas características están integradas también en la comunicación mediada electrónicamente o a distancia, que permite interactuar con otros "diseminados" en el espacio (Bretones, 2008:30). En ella, se mantienen y pueden modificar elementos de la copresencia (por ej. mantener expresión de contenidos e invisibilidad gestual por email).

Bretones (2009) vincula el desarrollo y uso de la comunicación humana en base a las características cerebrales y sensoriales, así como a las capacidades psicológicas-cognitivas que la posibilitan. En este proceso resulta fundamental la percepción y las posibilidades de una organización de la comprensión en base a la cognición, relacionadas por la autora con tres planteamientos: 1) Percepción de datos sensoriales y su almacenaje. 2) El tipo de selección cognitiva que se realiza sobre lo percibido y almacenado en la memoria (la comunicación humana a priori, esta condicionada por estos procesos que forman parte del desarrollo intelectual general humano y no únicamente por la actividad comunicativa, que es el propósito planteado por la autora y por este mismo texto del presente estudio). 3) Perfilar desde dicha base psicológica, consecuencias potenciales de la comunicación sobre nuestra comprensión del mundo y experiencia de vida en particular. Trata de dar respuesta a: 1) Elementos psicológicos implicados en el acto comunicativo, así como a obtener sentido sobre la influencia de la comunicación en la comprensión del mundo y comportamientos asociados (conversión de las percepciones experienciales en datos o información que orienta las potenciales acciones humanas). Para ello recoge como teorías adyacentes 2) La teoría de la disonancia cognitiva. 3) La teoría social cognitiva.

Elementos psicológicos implicados en el acto comunicativo. Tomando el mensaje como acto nuclear comunicativo, se establece la percepción como interfaz entre el emisor y el receptor. La *percepción* requiere de los sentidos y el cerebro e integra la percepción subliminal (entendida como estímulo no percibido conscientemente por débil o breve, aunque incide en la conducta)⁷⁹. El *emisor y el receptor* están condicionados por actitudes y valores, la experiencia y memoria individual, así como estereotipos. En consecuencia, los receptores directos de la comunicación son los sentidos y dependen de la captación de datos sensoriales (auditivos, visuales, olfativos, táctiles y gustativos). Cabe contemplar que la información emitida ha de corresponderse con los "umbrales" de captación humana, por lo que no toda la información sensorial puede ser captada. El cerebro transforma la información sensorial recibida en datos inteligibles que almacena en la memoria y los organiza en relación a la experiencia previa, sobreañadiendo características y seleccionando una información y desechando otra. En esta tesitura, interpretamos nuevos estímulos recibidos en base a expectativas prefijadas en la experiencia previa y nos hacen más eficaces o menos, en base a la percepción e interpretación de las nuevas recepciones informativas que pueden provocar también distorsión cognitiva.

Actitudes y valores. Las actitudes, según Bretones (2009), pueden interpretarse como las posiciones que nos orientan frente a los demás, sus formas de actuar y también frente a los hechos. Los valores, serían orientaciones o guías que condicionan nuestras actitudes, en función de las prioridades o jerarquía que hemos establecido en el orden y preferencias de nuestro propio conjunto de valores. Son resultado de la socialización y confieren identidad como integrantes de las experiencias que acompañan nuestra vida. La autora refiere que según Ellis y McClintock (1993:38), "Las actitudes son una combinación de pensamientos, sentimientos y una cierta capacidad potencial para la acción, basada en la forma en que equilibramos los diversos aspectos de nuestro sistema de valores" Bretones (2009: 7). En conjunto, actitudes y valores son orientadores de las potenciales acciones de un individuo, afectan a su proceso de percepción y por consiguiente, afectan a su comunicación. De esta forma, mediante la comunicación y en la cotidianidad, captamos actitudes y valores de otros como ellos pueden captarlos de nosotros, aun sin pretenderlo, dado que están implícitos en el tono de voz, los gestos, palabras empleadas o evitadas, nuestra indumentaria escogida, etc.; estos aspectos formarían parte de la aludida comunicación subliminal. Del conjunto de información que recibimos, discriminamos la que no es acorde con nuestras actitudes y valores, como rasgo orientativo no prefigurado. Así se produce una selección "organizada" acorde con nuestra identidad valorativa para dar lugar a un sistema complejo y en algún grado contradictorio, de nuestra forma de captar el mundo que nos rodea y nuestra existencia en él.

⁷⁹ Diccionario Real Academia Española (RAE).

Tabla 4.10

<p style="text-align: center;">Escuela de Palo Alto: Fenómeno del doble vinculo</p> <p style="text-align: center;"><i>PRINCIPIOS</i></p>
<ol style="list-style-type: none">1. "Cuando alguien ve que su percepción de la realidad, o el modo que tiene de considerarse a si mismo, le acarrea la reprensión de otras personas de vital importancia para el [...] se sentirá al final inclinado a desconfiar de sus propios sentidos".2. "Aquel a quien otras personas vitalmente importantes para él le echan en cara no tener sentimientos que debería tener, acabara por sentirse culpable de su incapacidad de albergar los sentimientos debidos, los sentimientos "verdaderos".3. Quien recibe de otras personas vitalmente importantes para el, normas de comportamiento que exigen y al mismo tiempo imposibilitan unas determinadas acciones, se encuentra en una situación paradójica, en la que solo puede obedecer desobedeciendo. He aquí la formula básica de dicha paradoja, "haz lo que te digo, no lo que me gustaría que hicieras".
<p><i>Para Watzlawick (1986:33) "Las paradojas surgen por doquier, actúan en todos los campos imaginables de las relaciones humanas y existen buenas razones para creer que ejercen una considerable y permanente influencia en nuestra percepción de la realidad".</i></p>
<p>Fuente: Watzlawick (1986: 29-30), en (Rodrigo Alsina, 2001:165) Elaboración propia</p>

Estereotipos. En base a Ellis y McClintock, pueden entenderse como "imagen mental, reacciones emocionales y la conducta que manifestamos al clasificar a individuos particulares de acuerdo con los rasgos de un cierto tipo general, más que atendiendo a características específicas que manifiestan dichos individuos particulares" (Bretones, 2009: 9). Se trata de un proceso de etiquetado, que en general supone conclusiones erróneas y/o perjudiciales para los individuos etiquetados. Es una fórmula de simplificación y forma parte del proceso natural y espontáneo por el que aprehendemos el mundo exterior. Se reproducen porque están instaurados como símbolos en una cultura determinada y aunque representan algún aspecto de la realidad a la que se refieren, tienen incorporadas presunciones falsas sobre sus atribuciones de la realidad. También pueden tener potencial de autocumplimiento sobre la realidad referida.

Las *consecuencias* sobre la comunicación que plantea la autora se refieren a la *disonancia cognitiva*. Se trata de una teoría propuesta a mediados del siglo XX por Leo Festinger (1957) que incluye la perspectiva de una respuesta emocional y cognitiva en todos los individuos cuando confrontan sus acciones concretas con sus valores. Según este autor, la concordancia de acciones y creencias produce bienestar mental y lo contrario produce insatisfacción, por lo que se trata de un conflicto de valores que puede afectar a la comunicación, las decisiones y los hechos. Según Festinger, la propensión individual es exponerse a situaciones que confirman nuestra visión del mundo y resolver, eliminar o evitar las que producen disonancia cognitiva (a través del descrédito, deslegitimación, cambio propio de opinión, sumisión, etc.). La tendencia es hacia este tipo de reacciones más o menos adaptativas, sin que por ello tengan que suponer, necesariamente, un cambio de valores propio.

Por otro lado la autora se refiere a la *teoría social cognitiva*, en base a aportaciones de Bandura (1986), refiere que a partir de esta teoría se establece que los mecanismos psicosociales que intervienen en el intercambio de símbolos y están presentes en cualquier forma de comunicación social (interpersonal, organizativa y de masas), afectan e influyen sobre el pensamiento y la acción humana. Para la autora este aspecto "esta en la base de las cuestiones fundamentales que organizan el análisis sociológico de la comunicación" (Bretones, 2009: 11), por ej. en el caso de la comunicación de masas⁸⁰. En suma, se trataría de cuestiones que solo tienen sentido si previamente se muestra que en la capacidad cognitiva humana (que organiza la conducta, los cursos de acción y el conocimiento sobre el mundo), cabe considerar en primer lugar, la posibilidad de interferencia externa para organizar el comportamiento, la acción y el conocimiento y en segundo lugar, si además es posible reconocer pautas comunes para la conducta, la acción y el conocimiento en la organización interna de todo ser humano.

Para Bretones (2009), esta aportación entronca con los postulados de la teoría de la gramática estructural generativa de N. Chomsky (1957), que suponen su precedente teórico. Tales postulados son los siguientes: a) La capacidad lingüística es común e innata en los humanos, no es un proceso aleatorio; b) Todas las lenguas tienen una estructura gramatical (generativa o universal) común; c) Los seres humanos desarrollan (o activan) siempre su capacidad lingüística condicionados por el entorno cultural y social en el que habitan, y lo hacen de manera particular; d) De la estructura gramatical aprendida se hace un uso comunicativo "libre"; e) La gramática particular y general tiene una estructura común, que integra reglas fijas que organizan las estructuras sintáctica y fonética de cada lengua. Así, esta teoría, como la teoría social cognitiva de Bandura, postula el carácter modular del comportamiento humano en general y de forma específica el comportamiento lingüístico. Los presupuestos básicos de la teoría social cognitiva, se concretan en los siguientes aspectos:

(1) Todo comportamiento responde a pautas de aprendizaje, condicionado por: a.1 el comportamiento mismo, a.2. los factores individuales (cognitivos y biológicos) y a.3. los acontecimientos ambientales.

⁸⁰ Comunicación de masas entendida como un emisor y una audiencia masiva grande y anónima

(2) Los elementos causales (a.1, a.2, a.3) guardan una relación en el tiempo de causación recíproca entre sí (se activa uno y se deriva en el resto).

(3) Los elementos causales (a.1, a.2, a.3) no tienen la misma fuerza a priori, ni actúan necesariamente de manera simultánea, ni existe entre ellos un orden establecido

(4) Esta forma de causación del comportamiento, posibilita que todo individuo tenga un grado de control sobre lo que acontece y permite una cierta autodirección del comportamiento a seguir. Toda conducta humana es autoevaluativa, por ello al mismo tiempo es efecto y causa (producto y productora social).

(5) El ser humano dispone de un sistema nervioso con el que puede procesar, retener y utilizar información codificada, por lo que es capaz de aplicar una serie de capacidades innatas en cada acto que realiza. Estas capacidades son: a) Capacidad de autoconciencia reflexiva (para pensar sobre sí mismo), aparte del mundo y existiendo en él. b) Capacidad de pre-pensamiento (para anticipar acciones y evaluación de consecuencias), con lo que proyecta acciones y avanza futuros posibles. b) Capacidad de comunicación simbólica (para comprender y producir significados en el mundo en el que vive). c) Capacidad de simbolización generativa (nuevos símbolos, palabras, ideas, etc. asociados a los que ya dispone). La explicación del potencial de aprendizaje para esta teoría, radica en los siguientes procesos psicosociales: a) *Procesos cognitivos* (capacidad de convertir en símbolo o conocimiento cualquier experiencia y su continuidad donde interviene la memoria); b) *Procesos vicarios*. Aprendizaje mediante la observación de las acciones y pautas de otros; (que no por imitación), es decir nos quedamos con el aprendizaje implícito de tal experiencia. El ser humano organiza sus acciones a partir de lo que imagina individual y colectivamente de sí mismo y del mundo en el que vive; c) *Procesos autorregulativos*. Tienen que ver con la capacidad humana de autorregular el afecto (o las emociones en general), la motivación y la acción. El ser humano es por naturaleza aspirativo y autorregulativo y a la vez proactivo y adaptativo (crea pautas y se adapta a normas). Estos procesos autorregulativos tienen carácter acumulativo para efectos del aprendizaje, de forma que se crea una moralidad estándar que sirve como reguladora. En este proceso los futuros concebidos pueden tener un impacto causal en el comportamiento presente. d) *Procesos reflexivos*. Dirigidos al pensamiento, conducta y evoluciones propias. La evaluación positiva favorece la motivación por el esfuerzo y la eficacia (Bretones, 2009:1-22).

En cuanto a la *comunicación como instrumento social* (Bretones, 2008), apunta que para hombres y mujeres en su cotidianidad, "vida social" y "comunicación" son dos elementos de la misma realidad. En consecuencia, la distinción analítica se realiza desde el ámbito científico y académico para su estudio y la generación de su comprensión y conocimiento disciplinar. En este sentido, la mayor parte de estudios realizados plantean como una especie de *continuum* entre la comunicación interpersonal, la organizacional y la de masas. La "interacción" o directamente "comunicación" se entiende como el intercambio de significados sobre lo que acontece a los individuos que interactúan o se comunican y sobre lo que estos conocen sobre el mundo que viven. Para la sociología de la interacción, incorporando la comunicación, se incluye el contexto social en el que puede producirse (instituciones, organizaciones o sistemas sociales), y en cambio la teoría comunicacional es despojada de tales contextos. En múltiples casos, las circunstancias en las que los individuos intervienen en los actos comunicativos, son determinadas por las organizaciones (o instituciones, etc.), lo que les condiciona a asumir el *rol social correspondiente a tal contexto*, como sucede, en su caso, en la situación de privacidad. Aun así, la comunicación interpersonal, en cualquier situación tiene las connotaciones particulares que le quiera otorgar un individuo e integran primordialmente la "necesidad de ser comprendido y comprender" a otro. Bretones alega que la "intención comunicativa" es la causa de la conducta de los seres humanos. En las organizaciones (formales e informales), la comunicación es medio o es objeto de ella y esta influenciada por su cultura. El *objetivo* de la comunicación organizativa es así el *mantenimiento* de los procesos organizativos e instituciones que la producen y en cierto modo colabora en su *reproducción*. Las proposiciones generales que realiza la autora son: a) La comunicación tiene éxito no cuando los oyentes reconocen el significado lingüístico del enunciado, sino cuando "inferen" el "significado" que el hablante le atribuye. b) Según Bretones (2008) a partir de Sperber y Wilson

(1994) un enunciado en el sentido habitual, es por supuesto, un caso particular de estímulo. Podemos afirmar así, que la comunicación implica la producción de un determinado estímulo, con el que se pretende: una intención informativa (informar al oyente de algo); una intención comunicativa (informar al oyente de nuestra intención informativa).c) La relevancia se define como la relación que existe entre la interpretación de un enunciado y un contexto dado (Bretones 2008: 1-35)

Perspectiva epistemológica comunicativa metateórica⁸¹

Craig⁸² y Muller (2007: 63-98) en su obra *Theorizing Communication* recogen algunos elementos de "*Communication Theory as a field*", publicación de Craig (1999: 119-161) donde el autor realiza una reconocida propuesta por expertos, consistente en agrupar las aportaciones de teoría de la comunicación en base a siete tradiciones y favorecer la simplificación de la disparidad teórica existente en este campo, según se ha comentado en apartados anteriores. Para el autor, se trata de obtener otro tipo de coherencia, que evite lo que podría convertirse en una modalidad teórica estática o una especie de campo muerto. A la vez, para este autor, más que una lista de similitudes y diferencias, se necesita conocer donde convergen las teorías y donde se oponen. Con este fin, propone un *metamodelo* del campo teórico de la comunicación, o un modelo constituido por distintos modelos, que como segundo paso permitirá una definición de la teoría. Como premisa básica de este metamodelo Craig indica que la comunicación es un proceso primario, a través del cual se producen las experiencias en base a muchas formas de comunicación y la vida humana se vive y la comunicación constituye la realidad.

Craig y Muller (2007) Craig (1999), sugieren encauzar la teoría de la comunicación como un campo dialógico-dialéctico, de acuerdo con dos principios: el modelo constitutivo de la comunicación como un metamodelo y la teoría de la práctica metadiscursiva. En un esquema del campo de la comunicación que según el autor puede ser provisional, incluye las referidas tradiciones: retórica, semiótica, fenomenológica, cibernética, socio-psicológica, sociocultural y crítica. Estas tradiciones, se distinguen por definir la comunicación de una forma característica, que deriva en sus propios vocabularios y elementos metadiscursivos de interés y desafío. Sin embargo, a pesar de la existencia y prolíficos frutos intelectuales de estas tradiciones, la teoría de la comunicación como un campo de identificación de estudios, no existe todavía para los autores. En su lugar (Craig, 1989, Craig y Tracy, 1995), refieren un terreno de dominios separados en el que muchas publicaciones prescinden de otras referidas al mismo tema, salvo casos muy especializados. Es decir, no es que los autores estén en conflicto, sino que simplemente se ignoran, lo cual trasciende tanto a la misma producción teórica, como cara a la eficacia de la enseñanza universitaria. Dado que todas las teorías de la comunicación son relevantes para un mundo de la vida común, es en el diálogo entre tradiciones teóricas comunicativas, que se puede actuar en el discurso, o metadiscurso. En base a estos argumentos la propuesta de estos autores incluye los siguientes apartados: 1. *La Teoría de la Comunicación como una práctica disciplinaria fragmentaria y discapacitante*. 2. *Matriz disciplinaria dialógica-dialéctica como reto de supuestos*: 2.1. Metamodelo constitutivo de teoría

⁸¹ Metateoría es teoría de la teoría. También el estudio reflexivo y constructivo de teorías aportadas por otros autores. Un ejemplo en sociología puede ser el libro *Teoría social y metateoría hoy* (García Selgas, 1994, CIS, nº 182) publicado en España.

⁸² Robert T. Craig. Profesor de comunicación en el Departamento de Comunicación. Universidad de Colorado, Boulder; expresidente de la Asociación Internacional de Comunicación (ICA). Premio al mejor artículo y Monografía de la ICA (2000). Ha presentado varias conferencias como en: Reunión Anual de la Asociación Internacional de Comunicación (Montreal 1997), Asociación Nacional de Comunicación (Chicago 1997), Segunda Conferencia Anual de Comunicación Humana, Universidad de Indiana (Bloomington 1996), Russian Communication Association (RCA), (St. Petersburg 2006), entre otras. Sus publicaciones son referenciadas por expertos en teoría de la comunicación.

de la comunicación (Principio uno). 2.2. Metadiscurso teórico (Principio dos). El desarrollo de los apartados indicados se explica a continuación, con traducción libre, así como resumidos y adaptados a este contexto.

La Teoría de la Comunicación como una práctica disciplinaria fragmentaria y discapacitante. Craig atribuye a los orígenes multidisciplinares y al mal empleo frecuente del producto intelectual de los teóricos de la comunicación, las causas de la fragmentación de esta teoría. Ello no impide, no obstante, el interés de los proyectos académicos, así como el reconocimiento hacia los teóricos de la comunicación y aportaciones relevantes. En base a Peters (1986: 548 y ss), refiere que una parte de la pobreza de la investigación en comunicación, deviene de la forma en que fue utilizada esta disciplina en su legitimación institucional por parte de W. Schramm y otros en EEUU, con falta de articulación de un enfoque coherente y del establecimiento de su misión. Sin embargo, la crítica más severa por parte de Peters, va enfocada a la teoría matemática de la información de Shannon (Shannon y Weaver, 1948). Refiere, que aún promocionando pruebas de su potencial campo científico, rara vez, le encuentra este autor, utilidad real en sus investigaciones. Aún así, esta teoría, sigue apareciendo en la mayoría de libros de texto en la actualidad, lo que pone de manifiesto la poca originalidad teórica por parte de las aportaciones de los estudiosos de la comunicación. Este fenómeno es referido por Craig, como "eclecticismo estéril". Sin embargo, esta interdisciplinariedad y endeudamiento transversal, sin duda de utilidad, no impide que deba potenciarse mitigar la fragmentación del conocimiento entre disciplinas.

Matriz disciplinaria dialógica-dialéctica como reto de supuestos. La teoría de la comunicación, refiere Craig, que con toda probabilidad, nunca se lograra como una teoría definitiva y unificada, puesto que sería como algo muerto, cuando la comunicación, es algo muy vivo que se debate entre la contingencia y el conflicto del escenario mundano. Para Dance (1970), el objetivo debería ser, entender que algo muy importante por discutir esta pendiente, atendiendo que una disciplina es según Shotter (1997), "una comunidad de conversación con una tradición de la argumentación". Se trataría por tanto, de abordar el conocimiento de aspectos complementarios y tensiones entre los diferentes tipos de teoría de la comunicación mediante una coherencia dialógica-dialéctica. Promoviendo esta exploración, de como la teoría de la comunicación podría ser reconstruida dentro de una disciplina práctica para construir un campo coherente, Craig propone una matriz teórica provisional, sobre la base de dos principios, que son los siguientes:

Metamodelo Constitutivo de la Teoría de la Comunicación (Principio uno). Se deriva de una modalidad constituyente a través de un giro reflexivo del cual emerge la comunicación. Se contempla que desde finales de los años 80, el concepto de comunicación es motivo de reflexión para los teóricos de la comunicación, en el convencimiento creciente de que dicha teoría puede convertirse en un campo coherente de investigación y de importancia central para el pensamiento social. Craig (1999) y Craig y Muller (2007) refieren que el modelo propuesto, se define, en gran parte, por contraste con la dialéctica contraria, del modelo de comunicación, como transmisor de información que sigue dominando en profanos y académicos. Según el proceso de transmisión convencional, la comunicación es un proceso de enviar y recibir mensajes y la transferencia de información de una mente a otra. Este modelo, ha sido objeto de fuertes ataques en los últimos años. Peters (1989). Carey (1989), Deetz (1994), Pearce (1989) y Shepherd (1993), entre otros, han argumentado que el modelo de transmisión de información es filosóficamente imperfecto, lleno de paradojas e ideológicamente desfasado y que al menos, debería ser completado, sino totalmente suplantado, por un modelo que conceptualizara la comunicación como un proceso constitutivo que produce y reproduce el sentido común. Así, el modelo constitutivo, puede ofrecer a la disciplina de la comunicación un enfoque, un papel intelectual central y una misión cultural (la crítica de las manifestaciones culturales del modelo de transmisión). De este planteamiento se derivan los siguientes aspectos:

(a) Las ideas acerca de la comunicación han evolucionado históricamente y se entienden mejor en un contexto mas amplio de la historia cultural e intelectual.

(b) Las teorías de la comunicación son reflexivas. Esto es, las teorías formales, a menudo se basan en formas de pensar acerca de la comunicación, en una base cultural y una vez formuladas, también pueden influir, ya sea para reforzar o para cambiar, el pensamiento y la práctica cotidiana. La relación entre la teoría y la cultura es reflexiva o mutuamente constitutiva. Para Carey (1989) y Krippendorff (1997), las teorías de la comunicación contribuyen a crear el fenómeno mismo que pretenden explicar.

(c) Las teorías de la comunicación, tienen implicaciones prácticas, porque son histórica y culturalmente arraigadas, a la vez que reflexivas. Siempre sirven a unos intereses; generalmente, a los de estratos más privilegiados de la sociedad. Ejemplo, un modelo de transmisión de la comunicación, puede servir a los intereses de expertos técnicos (científicos o ingenieros) cuando se utiliza para reforzar las creencias culturales que ponen de relieve el valor de los expertos, como fuentes fiables de información.

(d) La comunicación puede ser una legítima disciplina intelectual, solo si se adopta una perspectiva comunicacional en la realidad social, que es en igualdad de condiciones, que otras perspectivas disciplinares establecidas, ej el caso de la psicología, la sociología, la economía, lingüística, etc. Cada una de estas disciplinas, tiene sus propias maneras de explicar, determinados aspectos de la comunicación. Un ejemplo, según Berger (1997), podrían ser las teorías psicológicas que explican los procesos cognitivos por los cuales las personas son capaces de crear mensajes. Una perspectiva comunicacional, no es un fenómeno secundario que se explica por antecedentes psicológicos, factores sociológicos, etc., sino que la propia comunicación es el proceso primario, constitutivo y social, que explica todos estos otros factores.

Para (Sigman 1995), las modalidades genuinas de la teoría de la comunicación, reconocen a la comunicación en sí misma, como un modo de explicación fundamental y con su consecuencialidad. En este sentido (Deetz, 1994: 568), señala que las nuevas disciplinas (en el sentido de nuevos modos de ver) "surgen cuando los modos existentes de explicación, no proporcionan una orientación inequívoca de las respuestas a un conjunto central de nuevas cuestiones sociales". Hoy en día, las cuestiones sociales centrales, tienen que ver con "quien" participa y "de qué manera" en los procesos sociales que construyen las identidades personales, el orden social y los códigos de comunicación, contra la visión tradicional de la comunicación, como un marco fijo que debe existir para que se produzca la comunicación y da por sentado a estos elementos. Deetz (1994: 577), aprueba una emergente perspectiva de la comunicación que refiere "como el mundo interior, mundo exterior, las relaciones sociales y los medios de expresión, son inversamente constituidos con el progreso de la interacción como su mejor explicación propia". Los argumentos de Deetz (1994) abogan por nuevas maneras de pensar la comunicación. Así, el modelo constitutivo, se presenta como una respuesta práctica a los problemas sociales contemporáneos, tales como los derivados de la erosión de las bases culturales, de ideas e instituciones tradicionales, el aumento de la diversidad cultural, la interdependencia y las demandas generalizadas de participación democrática en la construcción de la realidad social. Un modelo constitutivo se espera que pueda servir a la causa de la libertad, la tolerancia y la democracia.

Craig se muestra a favor de posibilitar una interpretación pragmática del modelo constitutivo de comunicación, que no supone necesariamente rechazar otros modelos, incluido el modelo de transmisión cuando se trata de propósitos prácticos. En este metamodelo, se abre un espacio conceptual en el que muchos modelos diferentes de comunicación pueden interactuar. Craig también diferencia un *modelo de primer orden* de *modelo de segundo orden* o *metamodelo*. Por ej un modelo de comunicación de transporte de fotos, que trata de un proceso en el que los mensajes fluyen a partir de fuentes a los receptores, sería un modelo de primer orden. El modelo de segundo orden sería el metamodelo, que es una perspectiva de modelos y pone de relieve determinados aspectos de los modelos. La falta de distinción entre la lógica de primer orden y de segundo orden de modelos de comunicación puede considerarse un error de categoría que produce al menos dos tipos de confusión:

a) Esconde una paradoja en la oposición dialéctica entre la modalidad constitutiva y los modelos de transmisión. La definición de la comunicación no es una elección binaria entre dos modelos competidores, sino que en realidad, es rotundamente otra opción. El modelo de transmisión, como suele presentarse, es poco más que una "figura de paja", o visión simplista, en cambio, un modelo de transmisión, considerado como una forma de constitución de la comunicación simbólica con fines pragmáticos, es coherente con el modelo constitutivo.

b) El modelo constitutivo puede confundir la teoría de la comunicación como dentro de ciertas tradiciones y la exclusión de otras (salvo que sea claramente distinguido como un metamodelo). El modelo más fácil de confundir sería el que se define en el ensayo como *tradición sociocultural* de la teoría de la comunicación, donde la comunicación es teorizada como un *proceso que produce, reproduce y constituye lo social*. Esto podría dar lugar a la falsa impresión, de que otras tradiciones como la socio-psicológica o cibernética, no son teorías de comunicación auténticas, porque su perspectiva no se refiere a la realidad social. Por el contrario, estas tradiciones, de acuerdo con el metamodelo constitutivo pueden ser reconstruidas como otros tipos de explicaciones de la comunicación.



Teoría de la Comunicación como Metadiscurso (Principio dos). La teoría de la comunicación entendida como metadiscurso (discurso sobre el discurso), puede ser un campo coherente y útil en el contexto de una disciplina práctica. Es el segundo principio, propuesto para la construcción de una dialéctica dialógica de una matriz disciplinaria. Propone la Teoría de la comunicación como un campo. Refiere que la teoría del lenguaje como un todo se convierte en un metadiscurso intelectual, estructurado como un juego cerrado, auto-referencial. Como única salida, de este autorreferente, Taylor (1992) sugiere que se anule el falso problema en que se basa, es decir, en vez de explicar como la comunicación es posible, acudir al estudio empírico de las prácticas metadiscursivas, dado que la comunicación en la práctica es reflexiva y la práctica del metadiscurso es intrínseca a la práctica comunicativa. Dicho de otro modo, la comunicación no es solo algo que hacemos, sino también algo que se refiere reflexivamente a formas que son prácticamente entrelazadas con nuestro hacer de la misma.

Taylor (1992) habla de deconstrucción de la teoría del lenguaje y plantea la visión de que todas las teorías de la comunicación, no solo la teoría del lenguaje, son una especie de metadiscurso, una manera de hablar del hablar. A partir de Taylor (1992), la hipótesis de trabajo de Craig (1999) es que la práctica de técnicas de teorías de la comunicación, se derivan de nuestras prácticas ordinarias. Desde esta perspectiva, la tarea propuesta por Craig, no sería la de deconstruir la teoría de la comunicación, sino la de reconstruir la teoría de la comunicación como un metadiscurso teórico en diálogo con el metadiscurso práctico de la vida cotidiana, de aquí se deriva un metamodelo constitutivo de la comunicación para ayudar en el cultivo de la comunicación como una práctica social. En una *disciplina práctica* de la comunicación, la teoría está diseñada para *proporcionar recursos conceptuales para la reflexión sobre los problemas de comunicación*. Esta reflexión y teorización según Craig (1996b y Tracy 1995), se hace de manera explícita, motivada por las idealizaciones en la normativa de la comunicación. Así, dadas las perspectivas diferentes, el campo de la teoría de la comunicación se convierte en un foro para debatir las cualidades de las distintas teorías en la práctica. Esta discusión acerca de posibles alternativas teóricas, constituye lo que Craig (1999) llama *metadiscurso teórico*.

La comunicación tiene el potencial de ser, en primer lugar, una disciplina en la práctica. Según Mc Keon (1957), en nuestra cultura tendemos a pensar que todos los problemas son fundamentalmente de comunicación. Carey (1989), reconoce que la comunicación es lo único que puede mantener unida a una sociedad tan diversa, en todo el vasto territorio y con las brechas culturales que nos separan. Se ha debatido mucho y todo el mundo sabe que la comunicación es importante y digna de estudio con el fin de mejorar. Los estudios de la práctica cotidiana, se deben en parte a la transcripción y la reconstrucción de la teoría, articulados por las propias personas en su metadiscurso cotidiano. El rico patrimonio intelectual de la teoría de la comunicación constituye entonces, un punto de partida para la construcción de un campo de la teoría de la comunicación, de donde se desprende que esta teoría se puede construir deductivamente a partir de la teoría, así como inductivamente, a partir de la práctica. En base a la interpretación propia de Craig acerca de Taylor (1992), refiere que el metadiscurso teórico se puede volver sobre la misma teoría para debatir las diferencias, o al contrario sus afinidades, y por lo tanto se constituye en un terreno dialógico-dialéctico.

En resumen, Craig (1999) (Craig y Muller (2007) impulsan un modelo (Tabla 4.11) con el potencial de convertir la comunicación en un campo dialógico-dialéctico basado en dos principios: a) un metamodelo constitutivo de la comunicación, b) una concepción de la teoría de la comunicación como una práctica metadiscursiva dentro de una disciplina práctica, en base a

Tabla 4.11

<p style="text-align: center;">"Communication theory as a field" Propuesta (Craig 1999, 2007)</p>
<p>Propuesta:</p> <p style="text-align: center;">Matriz disciplinaria dialógica-dialéctica como reto (7 tradiciones)</p> <p style="text-align: center;">Metamodelo constitutivo de comunicación (<i>principio uno</i>)</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>a. Las ideas acerca de la comunicación han evolucionado históricamente</p> <p>b. Las teorías de la comunicación son reflexivas. Para Carey (1989) y Krippendorff (1997), contribuyen a crear el fenómeno mismo que pretenden explicar.</p> <p>c. Las teorías de la comunicación, tienen implicaciones prácticas, Siempre sirven a unos intereses, generalmente a socialmente privilegiados</p> <p>d. La comunicación puede ser una legítima disciplina intelectual</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Se esconde paradoja en oposición dialéctica entre la modalidad constitutiva y el modelo de transmisión tradicional</p> <p>Teoría de la Comunicación como Metadiscurso (<i>principio dos</i>)</p> <p>- Foro para debatir las cualidades de las distintas teorías en la práctica: metadiscurso teórico.</p> <p>- Patrimonio teórico intelectual de la comunicación: punto de partida para la construcción de un campo de la teoría de la comunicación. Construcción:</p> <ul style="list-style-type: none">* deductiva (a partir de la teoría)* inductiva (a partir de la práctica)
<p>Craig, R.T. (1999). Communication theory as a field. <i>Communication Theory</i>, 9, 119-161. Craig, R.T. (2007). Communication theory as a field. En Craig, R.T., Muller, H.L. <i>Theorizing Communication. Readings, Across, Traditions</i>. California. Sage Publications: 63-98</p>

los siete vocabularios alternativos derivados de las siete tradiciones planteadas en las páginas anteriores en la Tabla 4.6 El trabajo pendiente, supone la exploración, creación y aplicación del modelo en favor de la complementariedad y las tensiones entre tradiciones, así como su complejidad interna y la creación de nuevas tradiciones o modificación de las existentes. En suma, el campo de la teoría de la comunicación es el campo de una práctica social, que más allá de la verdad absoluta, reclama su posible mayor utilidad, contemplando la relevancia de su respuesta en los requerimientos universitarios (Craig, 1999: 119-161). Craig y Muller (2007: 63-98).

Marco teórico perspectiva interpretativa. Interés específico para el presente estudio.

En conjunto la *perspectiva interpretativa* destaca por dar un giro hacia lo cotidiano y se le considera un movimiento intersubjetivo, aspecto fundamental en el presente trabajo, al estudiar la modalidad relacional cara a cara (enfermera-paciente), caracterizada por la intersubjetividad. Las teorías sociológicas *revisadas aportan entre sí un interés complementario*, más rico en la aportación de conocimientos, que en la posibilidad de traducirse en su aplicación directa a través de habilidades, salvo la incidencia que puedan tener a nivel actitudinal. Por eso de cada una de ellas se recogen conceptos que en su conjunto, amplían la comprensión de la comunicación, aspecto que emerge de forma explícita, o implícita en las distintas teorías revisadas como común denominador.

El *Constructivismo*, como sucede en la perspectiva interpretativa, supone un cambio de concepción en la comunicación, puesto que considera que lo fundamental es la producción de sentido, a partir de la interacción social, en la cual el lenguaje es la herramienta que la posibilita a través de la comunicación (a diferencia de la teoría matemática de la comunicación, que se preocupa únicamente de la trasmisión de la información y no del significado). En base a Pearce (1994:276-280 citado por Rodrigo Alsina 2001: 178-179), los constructivistas mantienen acuerdo en aspectos como los siguientes: la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos, aunque el lenguaje construye el mundo, no lo representa, la comunicación es un proceso social fundamental. Las discrepancias giran también en torno al lenguaje. Mientras unos afirman que no hay nada fuera del lenguaje otros, como Pearce, indican que el lenguaje impregna a la totalidad pero no es la totalidad. También dicho autor señala que todo acto es co-construido en interacción social con los otros, lo que conduce al empleo de la expresión "construccionismo social". Así, comprender la comunicación humana, debe partir de su consideración de co-construcción por los eventos circundantes, o sea, *la unidad básica de análisis estaría constituida por la triada de: suceso motivo de análisis, los sucesos previos y los posteriores*. Por otro lado, Pearce (1994: 279)(citado por Rodrigo Alsina 2001: 178-179), destaca la importancia del contexto en la comunicación, puesto que refiere que siempre se actúa desde y hacia contextos y nada tiene significado fuera de él. En consecuencia, el contexto en que nos encontramos prefigura como debemos actuar, a partir de la "fuerza contextual" (la prefigurada por el contexto en el que estamos ubicados) y "la fuerza implicativa" (lo que la acción que se realiza implica para el contexto). (Rodrigo Alsina 2001: 178-179).

El interés de la aportación de *Berger y Luckmann (1983)* para el presente estudio, es el soporte estructural a modo de hilo conductor del fenómeno que se analiza (producción, mantenimiento y reproducción de conocimiento) con un esclarecimiento específico en torno a la construcción detallada acerca de los encuentros comunicativos cara a cara. Se destaca también la relevancia que atribuyen Berger y Luckmann (1983) al diálogo, que debe ser continuo y coherente, en especial de los otros significativos, para el mantenimiento de la realidad subjetiva. De lo contrario, refieren, que se produce una amenaza a dicha realidad. Ello induce a pensar en la situación y consecuencias que puede vivir el paciente grave y su familia en situaciones de incomunicación asistencial. En cuanto al proceso de la socialización secundaria al que se dirige

este estudio, los autores apuntan la fragilidad de su internalización, en comparación con la socialización primaria, lo que según los autores puede justificar la agregación o intensificación de técnicas especiales para poder alcanzar el perfil establecido por la institución, para el alcance del producto social requerido en la solución de algún problema, aspecto que se correspondería con la propuesta de formación comunicativa de este estudio. Berger y Luckmann (1983) mencionan también la capacitación social para el afrontamiento de la muerte, para que se pueda seguir con la continuidad de la vida. Esta cuestión es crítica en la presente investigación, al tratarse, precisamente de una carencia social en este aspecto, en particular en lo que concierne a la formación de enfermeras, hecho relacionado con la elección del tema. Finalmente, los autores dejan patente que el conocimiento es un producto social y también factor de cambio social. Advirtiendo sobre la aprehensión de fenómenos humanos como si fueran cosas (reificación), en respuesta a "una concepción no dialéctica de la relación existente entre lo que los hombres hacen y lo que piensan" (P 111-120).

Entre las *críticas* a Berger y Luckmann (1983) se ha apuntado que a) la propuesta teórica de Berger y Luckmann (1983) de cómo es el mundo social, es susceptible de someterse a investigación empírica, aunque sobre todo, sirve para interpretar y dar sentido a los resultados de las observaciones e investigaciones sobre diversos ámbitos del mundo social (González de la Fe, 2003:259-262), como puede ser el caso de la educación en comunicación y enfermería que concierne a este estudio. b) Sitúan el conocimiento social de la vida cotidiana y a los mecanismos individuales y colectivos para su creación, mantenimiento y reproducción, como núcleo central de la obra. Sin embargo, se ha indicado que no tratan explícitamente los problemas epistemológicos de la sociología del conocimiento. c) Los autores postergan temas como la relación del conocimiento social cotidiano (o producto), con el conflicto, la lucha y la violencia desatadas en torno al poder, la riqueza y el honor presente en las culturas humanas, aspectos emotivos y capacidad de los afectos, la presión social en relación a esquemas de actuación institucionales, aspectos rituales de la interacción y su fuerza emocional. d) El doble mensaje de la obra de Berger y Luckmann (1983), de que la sociedad es un producto humano y que el hombre es un ser social, es sobre todo un mensaje metodológico, que condiciona a los investigadores a preguntarse por las actividades de los grupos humanos en la producción del mundo social, su mantenimiento y reproducción. (González de la Fe, 2003:259-262).

A *Mead (1982)*, se le atribuye la primera teoría comunicativa de la sociedad y se le considera fundador del interaccionismo simbólico (Sanchez de la Yncera, 1991) y ha aportado una síntesis de la teoría del significado a la sociedad, que permite el acceso a una pragmática de la comunicación humana. Destaca también el saber detectar la importancia de lo simbólico en la vida real (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978). En el presente estudio, de la aportación de Mead (1982), se resalta su concepto del "otro generalizado", en cuanto a la adopción de los papeles de los otros, modalidad que emerge en torno a los ocho o nueve años (Giddens, 2007: 179) de interés para el ámbito educativo. Se destaca también su propuesta de solución dialógica a los problemas a través de un imperativo ético, aspecto que según Carabaña y Lamo de Espinosa, (1978: 175-185), se trata de una comprobación que requiere metacomunicación situación que lo hace muy difícil. No obstante, esta posibilidad metacomunicativa (abordada también por la Escuela de Palo Alto) es factible, y necesaria a mi modo de ver, en entornos reducidos de enseñanza-aprendizaje de la comunicación, como puede darse en el entorno de estudiantes de enfermería en prácticas asistenciales. Otro aspecto que resulta de interés para este trabajo es la relevancia que atribuye a la reflexividad, cuestión que, a mi juicio resulta inherente al fenómeno comunicativo desde el punto de vista individual. Mead, añade la importancia de distinguir entre el mundo que está ahí dado y el mundo según es percibido (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 159-181), aspecto que es esencial en este estudio, en relación con el enfermo y la enfermedad. La influencia de Mead (1982), se ve reflejada en la obra aludida de Berger y Luckmann (1983) de los que es referente, entre otros autores, en particular en lo que concierne a procesos de objetivación y subjetivación de la realidad. Finalmente, en relación con el presente estudio se destaca la

relevancia que el interaccionismo simbólico atribuye a la necesidad de comprender la definición que da el individuo de sí mismo y de la situación (Blumer, 1982: 3-4), cuestión a contemplar, particularmente, en situaciones relacionales de enfermedad.

En cuanto a las *críticas*, se ha indicado que aunque Mead (1982) se mueve en un plano universalista, esta teoría prescinde del marco histórico. También se la acusa en cuanto a una adecuación a la teoría social, ya que margina la organización social de la producción y de sus escisiones internas y le conduce a un planteamiento excesivamente optimista de la sociedad y en consecuencia de toda interacción. (Carabaña y Lamo de Espinosa, 1978: 200)

Por lo que respecta a Goffman (1981) se le reconoce su carácter innovador del pensamiento social interaccionista. En el orden de la interacción se realiza la reproducción y el cambio social. Cabe destacar que realiza la descripción de las coordenadas, entre las cuales tienen lugar las definiciones de las situaciones y el establecimiento negociado de los significados. Los resultados de la interacción como puesta a prueba, afirman los marcos que permiten a los participantes, llevar a cabo la interacción con éxito. Sin embargo, la definición de la situación proviene siempre de un marco, construido mediante transformaciones de marcos de niveles anteriores, y en ese sentido tienen que respetarse. Por tanto, la realidad social es un producto de un proceso de construcción colectiva, que ni es arbitrario, ni está a merced de los individuos (González de la Fe, 2003: 212-215). En la misma línea De Biasi (1995), afirma que la situación de interacción está ya predeterminada por la sociedad y en este sentido, precede y condiciona los espacios y las formas de acción de los individuos. El orden interactivo se construye allí donde "dos o más personas están próximas la una de la otra".

Así, las relaciones cara a cara pueden asumir indiferentemente la forma de relaciones primarias o secundarias, formales o informales, simétricas o asimétricas. Por este motivo, la perspectiva de Goffman se distancia de aquellas teorías que atribuyen a las relaciones cara a cara una particular cualidad «humana». Al tratar la presentación de sí mismo, Goffman había aclarado que la imagen que ofrece el individuo a los otros (su «fachada personal») no es una construcción arbitraria y extratemporal, sino un «equipamiento expresivo de tipo estandarizado». La habilidad para asumir de forma apropiada las diferentes fachadas, personajes y roles siempre es el resultado de un proceso de «fijación», de estabilización de la capacidad representativa, que constituye uno de los aspectos clave de la socialización. Goffman se distancia de todos aquellos planteamientos lingüísticos y microsociológicos para los que la comunicación es una dimensión o una consecuencia de la acción, sino que más bien se constituye como la fuerza productiva. Considera que es necesario partir de la estructura de la acción social para comprender la estructura de la comunicación. (Herrera, Soriano, 2004: 62-73). En relación con estas reflexiones en el presente estudio, podría pensarse que en una situación cara a cara entre paciente y enfermera, en base a la aportación de Goffman, como de Berger y Luckmann y de Mead, esta situación sería "negociada". La peculiaridad en el caso de Goffman es el potencial de previsibilidad o anticipación que aportan sus tipificaciones en cuanto a los encuentros situacionales, cuestión que evoca a la reflexividad moral.

Sobre las *críticas* a Goffman, se ha apuntado que reduce el self a un producto de la interacción, bien sea en la interacción cara a cara con otros o con nosotros mismos. A Goffman no parecen interesarle ni las microestructuras sociales que están por encima de la interacción, ni las estructuras psicológicas de los individuos que interactúan que están por debajo (puede deberse a los límites de su propio campo de estudio), por eso se le ha criticado la falta de una teoría psicológica. También se ha criticado en sus aportaciones, la falta de los elementos macro como el poder, la desigualdad, la estructura y las clases sociales, sin embargo la sociología de la interacción, que es lo que se propone hacer, se ha dicho que lo hace magistralmente, (también los roles institucionalizados). El contexto para Goffman no es dado por supuesto, sino algo explicable mediante los marcos socialmente adecuados para ese contexto. La definición de la situación es siempre un marco construido mediante transformaciones de marcos de niveles anteriores y en esa medida tienen que ser respetados. La realidad social es un producto, es el resultado de un proceso de construcción colectiva, pero este no es arbitrario ni esta a merced de los individuos. (González de la Fe, 2003: 212-215)

Acerca de la *Escuela de Palo Alto*, en base a la obra de Watzlawick, Bavelas y Jackson (1987), Teoría de la comunicación Humana, a mi juicio, los aspectos esenciales que caracterizan esta obra de comunicación humana, provienen del carácter singular de su propuesta, en particular de su modalidad circular y sistémica, a la vez que interactiva y pragmática. Dicha modalidad circular, tiende a plantearse por contraste u oposición frente al modelo matemático de comunicación de Shannon (1948). Esta argumentación estaría relacionada con la posición defendida por autores como Carey (1989), Cronen (1995), Deetz (1994), Pearce (1989), Peters (1989), Rothenbuhler (1998), Pastor (1933), Sigman (1992, 1995) (autores citados por Craig 1999, 2007). Del carácter particular de esta escuela, se derivan sus propios axiomas y también teorías específicas como puede ser el fenómeno de doble vínculo. Sin embargo, a pesar del reconocimiento y resonancia de tal aportación no se ha presentado la progresión teórica de su aportación.

El *interés* principal para este estudio, es que desde las ciencias sociales y humanas se hace difícil el empleo de la teoría matemática de la comunicación creada con otros fines ajenos a los propósitos de dichas ciencias y la aportación de estos autores, responde mejor a la lógica de la comunicación humana. Sería también difícil prescindir de la modalidad interactiva con la consiguiente retroalimentación y producción de significado en las relaciones humanas. Sus axiomas en cuanto a la simetría y asimetría de las relaciones, el valor del contenido relacional o afectivo en la relación, etc. son de utilidad para la docencia en comunicación. De estos autores se toma también el referente de la metacomunicación (comunicación sobre la comunicación), aludido a propósito de Mead y cuya proximidad la apunta Roche Olivar (1996), en relación con la comunicación de calidad. Para Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987: 49-71), se trataría del proceso en el cual se establece la intención e interpretación correcta del mensaje.

Balance de la perspectiva interpretativa como fundamentación epistemológica del presente estudio

Desde la perspectiva crítica a la interpretativa, se le atribuye el hecho de quedarse en las manifestaciones externas y no profundizar en otras causas del comportamiento social (como por ej. las políticas económicas e ideológicas), lo cual hace que se la considere como favorecedora del *status quo*. Desde el funcionalismo, se le acusa por su escaso interés en no dar una visión global de la sociedad (como objeto de estudio), cuestión que el constructivismo intentará trascender mediante el análisis de nivel macrosociológico. Por otro lado, se le atribuye ser una perspectiva demasiado intuitiva y difícil para generalizar resultados como método de estudio. (Rodrigo Alsina 2001: 161-164).

Perspectiva interpretativa, aspectos relevantes para el presente estudio. Síntesis:

- Interés teórico complementario entre sí
- Constructivismo: La interacción social favorece la producción de sentido (Rodrigo Alsina 2001: 178-179).
- Constructivismo: La interacción social y la comunicación es co-construcción (Rodrigo Alsina 2001: 178-179).
- Constructivismo: El contexto en que nos encontramos prefigura como debemos actuar (Rodrigo Alsina 2001: 178-179).
- La construcción subjetiva de la realidad requiere del diálogo continuo y coherente, en especial de los más significativos (Berger y Luckmann, 1983).

- La socialización secundaria puede justificar la agregación o intensificación de técnicas especiales para poder alcanzar el perfil establecido (Berger y Luckmann, 1983)
- El conocimiento es un producto social y también factor de cambio social. (Berger y Luckmann, 1983)
- Propone solución dialógica a los problemas a través de un imperativo ético (Mead, 1982)
- La comunicación requiere reflexividad (Mead, 1982)
- Goffmann: Descripción de las coordenadas, entre las cuales tienen lugar las definiciones de las situaciones y el establecimiento negociado de los significados (González de la Fe, 2003: 212-215).
- Goffmann: La realidad social es un producto de un proceso de construcción colectiva, que ni es arbitrario, ni está a merced de los individuos (González de la Fe, 2003: 212-215).
- Escuela de Palo alto, aportación: modalidad teórica circular y sistémica, a la vez que interactiva y pragmática. Dicha modalidad circular, tiende a plantearse por contraste u oposición frente al modelo matemático de comunicación (Craig, 2007, 1999).
- Metacomunicación (comunicación sobre la comunicación), se trataría del proceso en el cual se establece la intención e interpretación adecuada del mensaje (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987: 49-71),

Propuesta de Craig (2007, 1999) resumen:

En base a aspectos como:

Las ideas acerca de la comunicación han evolucionado históricamente

Las teorías de la comunicación son reflexivas. Para Carey (1989) y Krippendorff (1997), contribuyen a crear el fenómeno mismo que pretenden explicar.

Las teorías de la comunicación, tienen implicaciones prácticas (siempre sirven a unos intereses)

La comunicación puede ser una legítima disciplina intelectual, **propone:**

- Agrupar las teorías de comunicación como un campo en una matriz dialógica-dialectica de siete tradiciones (Tradiciones: Retórica, Semiótica, Fenomenológica, Cibernética, Sociopsicológica, Sociocultural, Crítica)
- En base a dicha matriz, sugiere un metatomodelo constitutivo de comunicación
- Como siguiente paso, propone la Teoría de la comunicación como Metadiscurso (foro para debatir cualidades de las distintas teorías de comunicación)

4.3. Comunicación y salud

El propósito de este apartado es aportar información sobre una serie de conceptos teóricos básicos, y en su caso preceptivos y necesarios para formalizar la relación enfermera - paciente y familia desde la perspectiva de la atención centrada en el paciente, según orienta la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002). Para ello se realiza un recorrido por la orientación educativa de organismos internacionales en salud (OMS y CIE); se documenta el tipo de relación que es necesaria con la familia, desde la perspectiva de los cuidados de enfermería y finalmente se explican conceptos teóricos esenciales y necesidades en relación con los cuidados críticos y el final de la vida del paciente y su familia, como modalidad seleccionada en la que el presente estudio focaliza su principal interés.

En relación con la calidad de vida y la comunicación, en el ámbito de la asistencia en salud, los temas de interés destacado durante los últimos años han ido cambiando. En base a la aportación de Epstein (2014) (sustentada en Guyatt et al. 2004), se establecen los siguientes rasgos:

- Años 70: Corrección de fisiología anormal
- Años 80: Resultados y objetivos clínicamente relevantes (aumento de supervivencia)
- Años 90: Importancia del paciente y los resultados subjetivos (calidad de vida)
- Años 2000: Importancia de las emociones
- A partir de 2010: cuidado individualizado (lo que va bien a una persona, no solo lo que va bien a una población)

Según el esquema de Epstein (2014) desde la medicina, después de focalizarse la atención en mejorar la supervivencia humana desde una perspectiva fisiológica, en las últimas décadas del pasado siglo, han ido tomando interés otros aspectos hacia la perspectiva psicosocial del paciente. Entre estos aspectos, en los años 90, destacó el concepto de calidad de vida (CV) en relación con la salud. La CV se considera un concepto multidimensional que comprende tanto elementos objetivos como subjetivos. Se interpreta que debe reflejar las pautas culturales de bienestar objetivo y dentro de la dimensión subjetiva se reconoce que las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. La pretensión es que cualquier definición debe ser aplicable por igual a todas las personas, indistintamente de sus circunstancias vitales. (Cummins 1997, 1999 en Yanguas, 2006: 109-110). En general, se clasifican las necesidades de las personas en base a la conciliación de dos aspectos, la cobertura de necesidades reconocidas como "básicas" (comer, beber, etc.) y la cobertura de necesidades aspirativas (donde acudir si se está enfermo, tener acceso a la cultura, etc.), lo cual favorece el desarrollo de múltiples teorías y estudios para articular dichos tipos de intereses (Restrepo, Málaga, 2001: 25) junto con la introducción de aspectos cualitativos relacionados con las condiciones de vida (Ballester 1999: 172). Según Baudrillard (1968) las necesidades se expresan a través de universos simbólicos (significados) y se refieren a una determinada estratificación social (Ballester 1988:63-67). En un trabajo posterior Baudrillard (1983), refiere que medios y masas se estimulan mutuamente en un ciclo de "hiperealidad" divorciada de toda significación (Doyal y Gough, 1994: 239) convencional, cuyos valores pueden compatibilizarse con los de la sociedad postmoderna. Esta sociedad, es caracterizada por la interrupción de la era moderna y por transformaciones (culturales, políticas y económicas), en cuyo espacio el individuo adquiere una ruptura con formas de identidad y socialización anteriores para dar lugar a una personalidad preferentemente narcisista⁸³ (Alvaro Estramiana, 2003: 310).

En relación con la comunicación y la calidad de vida, se afirma que no solo es una necesidad humana, sino el medio de satisfacer otras muchas. En este sentido, la capacidad de comunicación interpersonal, se indica que no debería medirse exclusivamente por el grado en que la conducta comunicativa ayuda a satisfacer las propias necesidades, sino también por el grado en que facilita a los otros la satisfacción de las suyas. En consecuencia, la vida del ser

humano esta enmarcada en la comunicación que de alguna manera, se convierte en un instrumento de satisfacción de sus necesidades (Marroquín y Villa, 1995: 15-16). En conjunto, la falta de mayores acuerdos, según Cummins (1997, 1999) (citado por Yanguas, 2006: 109-110), favorece fijar la atención en perspectivas diversificadas. Por ejemplo, Johan Galtung (1980), analiza las condiciones sin las cuales los seres humanos no pueden sobrevivir, como es el caso de tratar de evitar la miseria y tratar de dejar de relacionarse con otras personas (aislamiento). Para ello, se concentra en tres conceptos básicos como: *Tener* (condiciones materiales), *amar* (necesidades sociales, necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales) y *ser* (necesidades de desarrollo personal, necesidad de integrarse en la sociedad y vivir en armonía con la naturaleza), consideradas condiciones claves y necesarias para el desarrollo de la existencia humana. En particular, esta teoría permite reconocer que hay necesidades humanas esenciales, tanto materiales como no materiales (Nussbaum y Sen, 1998: 127-130), entre las cuales podría considerarse la comunicación y su relación con el ámbito de la salud. Una evolución teórica fundamental que enmarca este tipo de vinculación entre comunicación y salud parte de la perspectiva biopsicosocial, en contraposición al modelo biomédico tradicional, según se explica en el apartado siguiente.

En cuanto al concepto de salud desde la *perspectiva biopsicosocial* fue propuesto por Engel en 1977, refería que la atención y comprensión clínica al sufrimiento del paciente debía hacerse desde una aproximación biológica, psicológica y social. Este modelo se ha interpretado como una filosofía de atención clínica y una guía de práctica clínica (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein, 2004: 576-582). Fue teorizado simultáneamente en centros clínicos de EEUU, Europa y Canadá (Tizon, 2007:93). El trabajo de Borrell-Carrió et al. (2004), en el momento de su publicación, provocó un intenso debate en el ámbito internacional, manifiesto a través de respuestas enviadas a la revista que lo publicó. Entre estas reacciones está la de Tizón (2007), publicada en una revista española que se contempla también en este apartado. El análisis de estas aportaciones y alguna otra posterior, permiten una cierta aproximación al estado de la cuestión en la actualidad en nuestro medio, incluyendo una mirada desde la perspectiva internacional (Lane, 2014), en la línea de las anteriores.

Para Borrell et al. (2004) el modelo biopsicosocial a nivel filosófico, es una forma de entender que el sufrimiento del paciente afecta a este desde los componentes sociales hasta la expresión molecular. En el sentido práctico, induce a comprender la subjetividad del paciente como integrante fundamental de la relación asistencial. Los autores defienden este modelo al tiempo que apuntan tres aclaraciones y una serie de puntos básicos que sustentan su forma de comprender este tipo de relación asistencial. Son los siguientes: "1) La relación entre aspectos físicos y mentales es un complejo subjetivo que depende de la experiencia, aunque no se reduce a las leyes de la fisiología. 2) Los modelos de causalidad circular, requieren moderación a través de aproximaciones lineales en la consideración de opciones de tratamiento. 3) Esta

⁸³ Para Lasch (1987) la cultura del narcisismo supone una confusión entre "democracia y ejercicio de las preferencias del consumidor". Desde la perspectiva del individuo, se le atribuye la búsqueda constante de la autorrealización, centrado en sí mismo, particularista y hedonista, que intenta vivir intensamente el momento, fascinado por las nuevas tecnologías. Centrado en la eficiencia, parece poseer la capacidad de decir y de hacer casi todo. Utiliza a los demás como confirmadores de la admiración por sí mismo. En resumen se trata de una estrategia de "supervivencia" a las crisis sociales, económicas y políticas de la era moderna, cuyo resultado es la incredulidad en los ideales colectivos y en las relaciones interpersonales como fuente de autoestima (Alvaro Estramiana, 2003: 310-311).

relación médico-paciente está en consonancia con la cultura occidental, por lo que puede no ser aceptada universalmente". Su propuesta de orientación biopsicosocial para la práctica clínica se basa en los pilares siguientes: "1) La autoconciencia, 2) Cultivo proactivo de la confianza, 3) Estilo emocional caracterizado por la curiosidad empática, 4) La autocalibración como manera de reducir el sesgo, 5) La educación de las emociones para ayudar con el diagnóstico y la formación de relaciones terapéuticas, 6) La intuición informada y 7) Comunicar evidencia clínica para promover el diálogo y no únicamente aplicación de un protocolo de forma mecánica" (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein, 2004: 576). En consecuencia, no lo consideran un nuevo paradigma en el sentido de Khun (Tizón (2007), sino una aproximación "parsimoniosa" del conocimiento médico a los requerimientos de cada paciente (Borrell-Carrió, et al. 2004: 576).

Al parecer, en sus argumentaciones, Engel apoyó lo que hoy se entiende como perspectiva de la complejidad, al posibilitar la interacción de los factores psicosociales integrando propiedades emergentes. Engel se mostró contrario a la perspectiva lineal causa-efecto en su descripción de los fenómenos clínicos. En cuanto a las características aplicativas del MBPS, algunas de las seleccionadas entre la propuesta de Borrell et al. (2004) refieren que este tipo de relación precisa de una cierta "auto-auditoria en curso", propia de las relaciones que requieren una alta fiabilidad ante la posibilidad de acontecimientos inesperados. En este sentido, citan el caso de la técnica de mindfulness, favorecedora de la observación atenta. También orientan la formación emocional, la tolerancia de la incertidumbre, la centralidad de la intuición, así como el conocimiento tácito más que implícito, apuntado por Polanyi (1974) y Shön (1987) para la competencia profesional. Finalmente, el trabajo refiere que al haber pasado 25 años [en el momento de la publicación del trabajo], la presencia de nuevas tendencias teóricas, consolida aun más la propuesta de Engel. Es el caso que afecta a la dualidad mente-cuerpo, de la que se ha podido ir más allá dado que se reconoce que el conocimiento se construye socialmente. También, se considera la teoría de la complejidad como modelo más adecuado para la comprensión de la causalidad, el dualismo (mente-cuerpo) y la participación en el cuidado. (Borrell-Carrió et al. 2004: 576-582).

El trabajo publicado posteriormente por Tizón (2007), refiere que la integración del MBPS en la clínica progresó en unos casos, aunque al parecer en los últimos años se ha dado una desintegración, aún manteniendo el reconocimiento por su aproximación holística al modelo médico. Apunta que pasados 28 años [en el momento de la publicación], las relaciones entre los aspectos sociales, psicosociales, psicológicos y somáticos del enfermar, siguen siendo oscuras y complejas a pesar del incesante progreso de conocimiento del ámbito médico y psicológico. Según el autor, el modelo biopsicosocial no está siendo aplicado en el ámbito científico y técnico de países tecnológicamente desarrollados, salvo en ámbitos minoritarios (Tizón, 2007:93). En este sentido, a excepción del caso de la asistencia primaria, el autor llama la atención de la falta de aplicación en la investigación científica, y también de la falta de aplicación en el campo de las disciplinas de la salud mental. No obstante, reconoce que los presupuestos de MBPS continúan vigentes (aunque lejos, por ej., del desarrollo teórico y técnico en profundidad de la epistemología constructivista, derivada de la propuesta de Engel), por lo que deben ser matizados y actualizados. Por ello, el autor refiere que en la actualidad, el MBPS "es un modelo, pero solo un modelo, no el modelo para aprehender la totalidad, la globalidad o lo psicosocial en la clínica" (Tizón, 2007:94).

En el ámbito técnico, el trabajo refiere que una de las grandes aportaciones de Engel fue su revalorización de la observación y las emociones en la relación asistencial, aspectos en los que refiere el autor se viene insistiendo desde el ámbito teórico y práctico desde hace años. Tizón (2007), propone que para la progresión del MBPS tendrían que converger al menos tres ámbitos: "metateórico, técnico y práctico" (Tizón 2007: 95) y profundizar en su desarrollo epistemológico entre opciones de tipos de realismo y constructivismo. Se trata de aproximaciones epistemológicas que insisten en que en nuestra aproximación al conocimiento de cualquier realidad, hemos de tener en cuenta tanto su génesis como su estructura, así como la relación sujeto-objeto que establecemos en su conocimiento. Una segunda premisa es que habría que intensificar un denodado trabajo para implicar modelos globalizadores, biopsicosociales, antireduccionistas, reconociendo el autor, dificultades ante un "empirismo

seudomaterialista" dominante (Tizón 2007: 95), para lo cual se precisan no solo esfuerzos teóricos, sino también profesionales éticos y políticos, así como la "reformulación de la abrumadora industria farmacéutica y del utillaje sanitario extendida sobre la asistencia sanitaria contemporánea" (Tizón 2007: 95). Finalmente, Tizon apunta que coincide con Borrell-Carrió, Suchman, Epstein (2004) en que un tema básico en las disciplinas asistenciales de aquel momento, radica en como introducir las emociones que se desarrollan en la relación asistencial, contando el autor con propuestas y experiencias en este campo. Apunta que ello obligaría a mejorar la propuesta formativa de personal sanitario en la perspectiva relacional, constructivista e intersubjetiva de su práctica. Entre otros ejemplos, refiere que podrían ser grupos de los propios duelos, grupos de reflexión y otras técnicas grupales que potencien el autoconocimiento, etc. como para facilitar una vivencia personal de los procesos de cambio psicológico, que luego se pueda contemplar en la propia práctica clínica. El autor alude su probada experiencia, teniendo en cuenta, que desde la propuesta de Engel, gran parte de la asistencia presente y futura se esta haciendo mediante el trabajo en equipo (Tizón, 2007:96).

Otros autores enfatizan el caso del modelo biopsicosocial desde la práctica de la Medicina de Familia (MF) en asistencia primaria. Apuntan que en España, en la asistencia sanitaria "la visión biopsicosocial esta ausente de la practica real y prevalece el marco teórico biológico" (Turabian Fernández y Pérez Franco, 2009: 629) y que la fragmentación de las disciplinas puede obstaculizar el comprender fenómenos complejos. En consecuencia las reacciones individuales, ven limitada su expresividad al encuadre de ciertas formas "culturalmente aceptables". (Turabian Fernández y Pérez Franco, 2009: 233). En este contexto, los síntomas psicosociales pueden ser tanto expresiones de alteraciones bioquímicas, como símbolos para el paciente o expresiones del contexto grupal y del modo de afrontar una dolencia o un acontecimiento (tanto si es o no consciente de ello). La cuestión es que las manifestaciones clínicas están coloreadas por los factores socioculturales. Por otro lado, la estructura familiar (estrés familiar, roles y relaciones, recursos familiares, etc.) afecta las manifestaciones de enfermedad de sus miembros, existiendo también una co-presencia de síntomas en la familia. Los autores refieren que en la consulta "entra, junto al paciente, toda su vida" (Turabian Fernández y Pérez Franco, 2009: 234). En consecuencia, toda consulta es primeramente un problema biopsicosocial. Lo primero no es la patología, sino la vivencia o experiencia de enfermedad. El diagnóstico esta codificado en la narración del paciente y los síntomas toman significado en su contexto. Los autores enfatizan la necesidad de un marco de referencia específico, desde el que adoptar el modelo biopsicosocial en los pacientes para el manejo eficaz de las situaciones clínicas en MF (Turabian Fernández y Pérez Franco, 2012: 233-235)

En otra publicación se enfatiza el caso del modelo biopsicosocial en relacion con la enfermedad crónica. Se apunta que los efectos biológicos (específicos) y psicosociales (inespecíficos), no son simplemente aditivos, sino que interactúan por lo que la medicina debe ser consciente de esta morbilidad psicosocial oculta. La adaptación a la enfermedad crónica dependerá de factores como la edad, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los patrones de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas y las enfermedades crónicas asociadas. También hay que tener en cuenta aspectos conductuales y cognitivos como los sentimientos de cansancio y el síntoma del dolor que influye en las actividades. La experiencia de la enfermedad crónica (cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades reumáticas, etc..) exige una adaptación en múltiples ámbitos de la vida y da lugar a cambios y prohibiciones de hábitos, reducción de interrelaciones personales que favorecen la depresión, inseguridad y vergüenza, alteraciones de la imagen corporal, autoculpabilización ante la creencia de que los estilos de vida pueden haber causado enfermedad, alteraciones de la imagen corporal, pérdida del sentido de control sobre la vida y sentimientos de invalidez que pueden llevar a la negación, incumplimiento y hostilidad hacia la familia o grupo social, así como temores infundados sobre la transmisión y progresión de la enfermedad. En consecuencia, la atención a los factores psicosociales asociados con la enfermedad tiene consecuencias sobre el bienestar psicosocial y la calidad de vida y las intervenciones del modelo biopsicosocial deberían incorporarse cada vez más a la atención médica (Turabian, Pérez Franco, 2014: 65-71).

Desde la medicina psicosomática, se indica que para algunos profesionales es obvio que los factores biológicos, psicológicos y sociales están en realidad integrados y que la medicina biopsicosocial trata de dilucidar esta realidad. Sin embargo, la perspectiva biomédica, se centra en mecanismos de la enfermedad en base a órganos y se supone que lo psicológico no es esencial para la comprensión y el tratamiento de los pacientes, aunque el humanismo es, por supuesto aprobado en dicha atención al paciente. Frente a ello, la propuesta del autor es que tendría que encontrarse la forma de plantear el modelo biopsicosocial en términos biomédicos, es decir, mecanismos específicos cuantificables, que demuestren una cadena causal de acontecimientos y aunque ello no va a captar toda su complejidad, puede proporcionar un puente entre las dos perspectivas. En este sentido, se apunta que la neurociencia será un ingrediente esencial en esta empresa, aunque nuestra comprensión de las bases neuronales esta en la infancia, es constatado que los procesos psicológicos y sociales están mediados por el cerebro. Por ello, la capacidad de apreciar lo que otros piensan y sienten es fundamental para hacer, mantener y mejorar las relaciones sociales. Por otro lado, saber lo que se siente es un requisito para la autorregulación de la emoción, aspecto que es promovido por la meditación oriental y la interacción social eficaz requiere detectar la perspectiva del yo y del otro de forma inmediata. Así, el autocontrol y la autorregulación son también claves de la comprensión de la influencia de los factores psicológicos y sociales sobre los procesos corporales. El autor afirma que es posible "imaginar una cadena causal en la que los acontecimientos sociales, procesos psicológicos, mecanismos cerebrales autonómicos, neuroendocrinos, mediadores inmunes y mecanismos específicos de la enfermedad orgánica, están vinculados a través de mecanismos biológicos que se pueden especificar" y favorecer mediante investigación la mejora del enfoque psicosocial, con posible ampliación de la perspectiva biomédica (Lane, 2014). Alguna constatación, en relación con la aplicación del modelo biopsicosocial en enfermería, podría ser el caso de los ejemplos citados en la Tabla 4.12.

OMS y CIE: Orientaciones profesionales educativas en salud.

OMS. La síntesis de las propuestas formativas para profesionales de la salud en estos años por parte de la OMS se concretan en *transformar el enfoque* formativo más que formar y lograr así una combinación adecuada de competencias, de forma que los profesionales puedan responder siempre a las necesidades cambiantes de la población de todo el mundo. Se sugiere, el abandono del enfoque tradicional en hospitales hacia las iniciativas que fomenten la *participación de la comunidad*. Se contempla la atención holística a las personas, proporcionar una atención de alta calidad, ética, integral, continua y con una *relación basada en la confianza*. Se destaca la importancia del rol comunicador para promover estilos de vida saludables (OMS, 2001: 3-11). De aquí que se orienta potenciar la *mejora de la actividad relacional* OMS (2013: 17-45), las políticas de resolución de conflictos y los procesos de toma de decisiones compartida (OMS, 2010: 38). *Simultáneamente*, se justifica la relevancia y necesidad del *trabajo en equipo* OMS (2013: 17-45), (OMS, 2010: 38), (OMS, 2001: 3-11). En la educación inicial enfermera, se plantean tres principios elementales: 1) *Orientación y construcción de programas sobre una base de competencias* (OMS 2009: 15-28), (OMS, 2001: 3-11). 2) *La interacción entre la enfermera o estudiante con el cliente, como principal objetivo de una educación de calidad*, 3) *Un enfoque interprofesional de la educación y la práctica*. (OMS 2009: 15-28). (Tabla 4.13).

CIE. Remarca el funcionamiento eficaz del *trabajo en equipo y la necesidad de formación de calidad* para la práctica a través de las necesidades de los estudiantes, que reconoce como deficitaria, en parte debido a *desfases entre asistencia y docencia*. Advierte *mejorar la calidad de los mecanismos de comunicación* a todos los niveles profesionales (CIE, 2010:6-9). Sitúa a las enfermeras en tanto que *defensoras de los pacientes*, en un ambiente con necesidad de demostrar eficiencia y economía de costos en la empresa. Refiere que se ha ampliado el concepto de *capacidades múltiples* (enfoque multitarea). Destaca la importancia de la Carta del paciente y la Carta del ciudadano, por ello se recomienda *pasar del interés en la enfermedad hacia el interés en las personas*. Las *competencias* propuestas para la enfermera generalista se agrupan en tres apartados: 1) *Profesionales, éticas y de práctica jurídica*; 2) *Prestación y gestión de los cuidados*; 3) *Desarrollo profesional*. En el apartado 2, se integra el desarrollo de

los parámetros que conciernen a la Comunicación Terapéutica y Relaciones Interpersonales (CIE, 2003: 7-42)⁸⁴. Finalmente, recomienda la utilización profesional de taxonomías y aunque el CIE dispone taxonomía propia Clasificación Internacional para la Practica Enfermera (ICNP®) o en español Proyecto CIPE®, (CIE, 2013), debido a la evolución en curso, el Sistema Nacional de Salud español opta por las estandarizaciones NANDA, NIC, NOC, para que enfermería exprese los resultados de cuidados en los informes clínicos (RD 1993/2010, BOE nº 225, 16.09.2010), (CIE, 2007: 3-12) (Tabla 4.14).

La relación asistencial según la Ley 41/2002⁸⁵.

En este apartado, se describen rasgos relevantes del tipo de relación clínica que se derivan de la Ley 42/2022 (en adelante Ley de autonomía del paciente o LAP). Paralelamente, se destaca que el Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de Cataluña (2014)⁸⁶, integra los valores y conceptos nucleares relacionados con la referida Ley, entre ellos el concepto de autonomía, información y consentimiento informado (Consell de Col.legis d'Infermers i Infermeres de Catalunya, 2014: 7-45), aportación de gran valor para esta profesión y en relación con la temática abordada en este estudio. Son contenidos destacables que forman parte del desarrollo de la Ley 41/2002 aspectos como los siguientes: Tipo de relación clínica, abordaje de la información, principios orientadores de dicha actividad, deber de los pacientes o usuarios.

- *Tipo de relación clínica*. El modelo de relación clínica que plantea esta ley, se basa en el reconocimiento del derecho de los ciudadanos a decidir de forma libre, voluntaria y consciente la aceptación o rechazo de una actuación sanitaria, según su escala de valores y sus metas (Del Brío y Riera, 2006: 213). En armonía con lo previsto en el Convenio de Oviedo (relativo a los derechos humanos y a la biomedicina), la LAP prescribe que con carácter general, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo *consentimiento informado* de los pacientes o usuarios, prestado después de recibir una información adecuada⁸⁷. No obstante, el paciente puede negarse al tratamiento, cuya posibilidad contempla excepciones, que establecen tratamientos sanitarios obligatorios sin contar con el consentimiento del paciente. Ello es para proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, siempre que se produzcan razones sanitarias de urgencia o necesidad, aunque dichas medidas no se contemplan cuando la situación se puede abordar por procedimientos normales (Sánchez-Caro, Abellán, 2003:9).

⁸⁴ (CIE, 2003) Se trata del modelo competencial empleado en la Escuela de Enfermería de la UB, referente de este estudio exploratorio de caso, del que se da cuenta en el apartado formativo de este estudio.

⁸⁵ Como dato ilustrativo acerca del estado de la cuestión, se aporta que con fecha 6 de julio de 2015, Diario Médico incluye una noticia titulada "Instrucciones previas: un marco legal confuso", en la que hace referencia a la consideración por parte de médicos y juristas "de la inquietante diferencia de términos y criterios adoptados por las leyes autonómicas" y el riesgo de poder ser utilizado como medicina defensiva. Con este fin la Organización Médico-Colegial genera un observatorio de Instrucciones Previas. Internet, 6.7.15: <http://www.diariomedico.com/>

⁸⁶ Consell de Col.legis d'Infermers i Infermeres de Catalunya (2014). Código de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de Cataluña. Obtenido 4 septiembre 2015. Disponible en: [http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/C%C3%B3digo%20DE%20C3%A9TICA WEB.PD](http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/C%C3%B3digo%20DE%20C3%A9TICA_WEB.PDF)

⁸⁷ Consentimiento informado en España. Sus orígenes legislativos, proceden del Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (1972). Establecía que al margen de normas reguladoras del régimen de los enfermos durante su permanencia en el centro, los enfermos asistidos tenían derecho a autorizar, ya fuera directamente o a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad. (Sánchez-Caro, Abellán, 2003:5).

Tabla 4.12

Modelo biopsicosocial: Algún ejemplo relacionado con la práctica asistencial en enfermería		
Publicación	Características estudio	Resultados
1. Siew Hoon Lim et al. (2015).	Plantean el protocolo de un estudio controlado aleatorio con 84 pacientes con estoma atendidos en un hospital de Singapur. Se realiza un grupo control (asignado al azar con atención de rutina) y un grupo con la atención habitual y además intervención psicosocial.	Parten de la base de que los pacientes con estoma experimentan problemas físicos, psicológicos y sociales. Las variables de resultado incluyen aceptación del estoma, autoeficacia en el día a día o dominio del estoma, duración de la estancia hospitalaria, ansiedad, depresión y calidad de vida. Los datos se recogen en cuatro momentos pre y post intervención.
2. Lim Siew Hoon, et al., (2013).	Singapur. Revisión. Pacientes con cáncer colorrectal, obtienen 11 estudios en 10 años (2002-2012).	Se interesan sobre los cuidados de pacientes con cáncer colorrectal, y en especial por experiencias de intervención psicosocial (educación, abordaje cognitivo-conductual, técnicas de relajación y terapia de grupo de apoyo) además de visitas a domicilio, llamadas telefónicas y sesiones de enseñanza para mejorar los cuidados, durante el pre-operatorio y después de ser intervenidos los pacientes. Entre otros aspectos referidos a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, se apunta la reducción de la estancia hospitalaria. Los autores refieren dificultades para localizar un bajo número de investigaciones sobre este tema.
3. Rich-Ruiz, (2011)	Estudio descriptivo sobre comunicación en la practica enfermera mediante un cuestionario y la participación de 89 enfermeras	Pone de relieve que la persistencia del modelo biomédico y el tipo de racionalidad dirigida a la objetividad para garantizar resultados clínicos, dificultan la atención al contexto psicosocial en el sistema sanitario. Por ello propone incorporar una comunicación que integre la subjetividad en la interacción.
<p>Notas:</p> <p>Fuente: realización propia en base a las fuentes de las publicaciones indicadas</p> <p>1. Siew Hoon Lim, A Sally Wai-Chi Chan, Jiunn Heng Lai, Hong-Gu Él, (2015). A radomized controlled trial examining the effectiveness of a STOMA psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. Journal of Advanced Nursing 71(6): 1310-1323.</p> <p>2. Lim Siew Hoon, Chan Wai Chi Sally, Él Hong-Gu (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature European Journal of Oncology Nursing 17 (6): 883-891</p> <p>3. Rich-Ruiz (2011). Acciones instrumentales, comunicativas y estratégicas. Una descripción de la práctica enfermera desde la teoría crítica. Enfermería Clínica, 21 (4): 189-195.</p>		

Tabla 4.13

OMS: orientaciones profesionales educativas en salud: Aspectos relevantes para Enfermería y para este estudio		
Referencia publicación	Contexto	Concreciones
1. "Transforming and scaling up health professionals education and training", WHO Education Guideline, (2013: 17-45).	Orientación transformadora para las profesiones de salud. Comisión Lancet es un referente, Frenk, et al, (2010), para el siglo 21. Encauza las reformas como rigurosamente necesarias por la globalización. Orienta adaptar la capacitación a nuevos retos epidemiológicos y demográficos con combinación de habilidades. Advierte como más problemáticos los desequilibrios locales y por países en la fuerza laboral de salud.	Más que de formar, se trata de transformar el enfoque y lograr una combinación adecuada de competencias de forma que los profesionales puedan responder siempre a las necesidades cambiantes de la población de todo el mundo. Se sugiere, el abandono del enfoque tradicional hacia las iniciativas que fomenten la participación de la comunidad . Refiere promulgar y mejorar la actividad relacional y la interacción y también la planificación entre la educación, la salud y otros sectores. Justifica la relevancia y necesidad del trabajo en equipo y buscar apoyo económico.
2. WHO Global standards for the initial education of professional nurses and midwives (2009: 15-28).	Refiere claves de la formación enfermera en el mundo globalizado. Priorizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención, conociendo las necesidades de la población. Fomento del pensamiento crítico y analítico, capacidad de gestión de los recursos de forma segura y efectiva, capacidad para ser eficaces defensores del cliente. Liderazgo.	En la educación inicial enfermera, se plantean tres principios elementales: 1) Orientación y construcción de programas sobre una base de competencias. 2) La interacción entre la enfermera o estudiante y el cliente, considerado el principal objetivo de una educación de calidad. 3) Un enfoque interprofesional de la educación y la practica, considerado fundamental.
3. Framework for Action on Interprofesional Education & Collaborative Practice (OMS, 2010: 38).	Monográfico de trabajo en equipo. Practicas contextualizadas en favor de la seguridad del paciente y la calidad asistencial.	Destaca: Trabajo en equipo y colaboración interprofesional. Orientaciones formativas: prácticas de gestión de apoyo; estrategias de comunicación ; políticas de resolución de conflictos y procesos de toma de decisiones compartida para favorecer la cultura de trabajo.
4. Nurses ad midwives for the health. A WHO Europe an estragy for nursing and midwifery education" (2001). (EUR/01/5019304).	Propone principios fundamentales que deben guiar la educación inicial y continuada de enfermeras y parteras en la región.	Destaca formación basada en competencias . Requiere criterios para la vigilancia de la calidad de la formación y el trabajo en equipo . Se contempla la atención holística a las personas, junto con la vinculación a sus familias, comunidad y cultura . Recomienda proporcionar una atención de alta calidad, ética, integral, continua y con un cuidado personal dentro de una relación basada en la confianza . Se apunta la importancia del rol comunicador para promover estilos de vida saludables (OMS, 2001: 3-11).
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>1. "Transforming and scaling up health professionals education and training", WHO Education Guideline, (2013: 17-45).</p> <p>2. WHO Global standards for the initial education of professional nurses and midwives (2009: 15-28).</p> <p>3. Framework for Action on Interprofesional Education & Collaborative Practice (OMS, 2010: 38).</p> <p>4. Nurses ad midwives for the health. A WHO Europe an estragy for nursing and midwifery education" (2001). (EUR/01/5019304).</p> <p>Total aportaciones de 4 documentos</p>		

Tabla 4.14

Consejo Internacional de Enfermería: orientaciones educativas		
Referencia publicación	Contexto	Concreciones
1. (CIE, 2010).	A partir de una encuesta en la que participaron empleadores, apunta el desfase entre formación y servicio. Destaca la necesidad de formar a profesionales para sociedades culturalmente diversas.	Remarca el funcionamiento eficaz <i>del trabajo en equipo y en colaboración y la necesidad de formación de calidad</i> para la práctica a través de las necesidades de los estudiantes, que reconoce como deficitaria, en parte debido a <i>desfases entre asistencia y docencia</i> . Advierte mejorar la calidad de los mecanismos de comunicación a todos los niveles del ciclo profesional y distintos status del servicio.
2. (CIE, 2003)*	Se trata de un marco a alcanzar por los recién graduados. Destaca que estas competencias puedan ser debatidas e interpretadas en cada país, con el compromiso de su revisión periódica por parte del CIE, (CIE, 2003: 5). Se reconoce la relevancia de los determinantes sociales de la salud y su influencia en los comportamientos y los estilos de vida. Orienta reformar hacia la asistencia primaria, con prioridad de los servicios de urgencias. Se menciona el imperativo de la libre circulación de profesionales.	Sitúa a las enfermeras en tanto que defensoras de los pacientes , en un ambiente con necesidad de demostrar eficiencia y economía de costos en la empresa. Se ha ampliado el concepto de capacidades múltiples (enfoque multitarea). Destaca la importancia de la Carta del paciente y la Carta del ciudadano. Por ello se recomienda “pasar del interés en la enfermedad hacia el interés en las personas” . Las competencias propuestas para la enfermera generalista se agrupan en tres apartados: 1) Profesionales, éticas y de práctica jurídica; 2) Prestación y gestión de los cuidados; 3) Desarrollo profesional . En el apartado 2 se integra el desarrollo de los parámetros que conciernen a la Comunicación Terapéutica y Relaciones Interpersonales (CIE, 2003: 7-42).
3. (CIE, 2007)**	Recomienda la utilización profesional de taxonomías, que pueden mejorar el reconocimiento y recompensas de las enfermeras. El CIE dispone de un sistema internacional de clasificación taxonómica enfermera, llamado Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (ICNP®) o en español Proyecto CIPE®, (CIE, 2013). El CIE informa no estar a favor de licencias exclusivas o derechos de autor, sin embargo reconoce la posibilidad de convalidar estandarizaciones de su sistema con las generadas por NANDA e intervenciones (CIE, 2013).	Finalmente, el Sistema Nacional de Salud español opta por las estandarizaciones NANDA, NIC, NOC, para que enfermería exprese los resultados de cuidados en los informes clínicos (RD 1993/2010, BOE nº 225, 16.09.2010). Tal reconocimiento existe también en el Institut Català de la Salut (ICS), (por ej “Estandard de diagnòstics d’infermeria a l’Atenció Primària (NANDA), (GENCAT, 2003) i “Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats” (GENCAT, 2013).
<p>Notas:</p> <p>Fuente: Elaboración propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>1. “Reducir el desfase y mejorar la relación entre la formación y el servicio”. Marco de análisis y soluciones (CIE, 2010:6-9).</p> <p>2. Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista, (CIE, 2003: 10-14).</p> <p>3. Describir la profesión enfermera: un lenguaje dinámico para la defensa (CIE, 2007: 3-12).</p> <p>*Modelo (CIE, 2003) es el empleado en la Escuela de Enfermería de la UB, referente de este estudio exploratorio de caso</p> <p>**En cuanto a las estandarizaciones, existen detractores y/o vertientes profesionales que apuntan que se requieren mejoras de varios tipos en este proceso de implementación, por ej. (Cachón Pérez, Álvarez López, Palacios-Ceña, 2012), (Besora Torradeflot, Del Olmo Macia, Gibert Llorach et al. 2008), (Giménez Maroto, 2000), (Nieto Blanco, Ramos Calero, 2000).</p> <p>Total aportaciones de 3 documentos</p>		

- *Abordaje de la información*⁸⁸. La información es *conditio sine qua nun* para el ejercicio de la autonomía personal (Arenas, Castellano, Miranda, Reche, 2012: 12) y pasa a un primer plano y sirve para que el paciente o usuario pueda adoptar una decisión con pleno conocimiento de causa, para el consentimiento, la autodeterminación y para consolidar libremente su voluntad. El profesional sanitario, está obligado al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica (Artículo 2.5. LAP), junto con la responsabilidad de realizar correctamente la prestación sanitaria. Este modelo considerado horizontal, *necesita de un lenguaje comprensible, acomodado al entorno cultural del paciente, que evite dificultades propias para iniciados. La información clínica habrá de ser verdadera*⁸⁹. En consecuencia, la información constituye básicamente un *proceso de relación por lo que es un proceso verbal, hablado*, en el cual se produce una *continua interacción e intercambio de información* entre el profesional sanitario y el paciente. Así, podría apuntarse que el *criterio de información* en la relación clínica es *siempre subjetivo* y a cada paciente hay que proporcionarle *toda la información que necesite para tomar una decisión*, teniendo en cuenta sus circunstancias personales. La ley refiere la expresión *información comprensible y adecuada a las necesidades del paciente*, ayudándole a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad dejando constancia de la misma en la historia clínica.

Al respecto, los autores del texto de referencia recuerdan, que la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo viene considerando desde hace tiempo la obligación de *informar al paciente* o, en su caso, *a los familiares del mismo*⁹⁰, cuya trasgresión puede dar lugar a una condena. Conviene significar igualmente, que el hecho de que se haga constar en la historia clínica que efectivamente se facilitó la información al paciente, ha sido considerado en los últimos tiempos por los Tribunales de Justicia como elemento de prueba esencial de la realidad de su prestación. En este sentido, son numerosas las sentencias de reclamaciones de pacientes contra facultativos por falta de información en las que, tras estudiarse la historia clínica como medio probatorio, se comprobó que la misma reflejaba que sí se había facilitado la información pertinente, resultando por ello absueltos los profesionales sanitarios⁹¹. Por otro lado, la LAP establece que toda persona que tenga acceso a la información clínica está obligada a guardar la reserva debida, en base al secreto profesional que tiene su reconocimiento de forma indirecta en la Constitución de 1978. En ella, se apunta que «la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos», aunque no se ha producido aun el desarrollo legislativo anunciado en este precepto constitucional. Ello ha dificultado la resolución de situaciones conflictivas, dado que no se sabe con certeza quiénes son y en qué casos, las personas se ven afectadas por el secreto profesional (Sánchez-Caro, Abellán, 2003: 9-20).

⁸⁸ Información clínica. En la LAP (Art. 3) se define como «todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla» (Sánchez-Caro, Abellán, 2003: 16).

⁸⁹ La LGS de 1986 era extremadamente rigurosa al exigir que la información fuera completa y continuada, verbal y escrita. Sin embargo, como puso de manifiesto un Grupo de Expertos en información y documentación clínica, el citado nivel de exigencia no era siempre operativo ni posible.

⁹⁰ Información y documentación clínica. Su tratamiento jurisprudencial (1990-1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. Coordinador Carlos M^a Romeo Casabona, Madrid, 2000. En apoyo de lo que se dice, los autores del texto citan las Sentencias del Tribunal Supremo de fecha 2 de octubre de 1997 y de 13 de abril de 1999 (Sánchez-Caro, Abellán, 2003: 11).

⁹¹ En el ámbito internacional y como dato ilustrativo se aporta que con fecha 20.5.15, The Guardian publicó datos sobre un informe de parte del Defensor del Pueblo y Servicios Parlamentarios de Salud del NHS, alegando casos en los que los pacientes moribundos y sus familias soportaron sufrimientos innecesarios agregando que “demasiadas personas mueren sin dignidad” y argumentando que el personal del NHS no se comunica bien con el paciente y su familia. “Historias desgarradoras” y tristes, agregó un alto representante de la enfermería del país, pudiendo hacer muchas cosas para que las experiencias de la gente al final de sus vidas sean mejores. <http://www.theguardian.com/profile/sarahboseley>

- *Principios orientadores de dicha actividad*: Los principios que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica según la LAP son: la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y el respeto a su intimidad. Dichos postulados aparecen recogidos, con carácter general, en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000⁹², donde se proclama la inviolabilidad de la dignidad humana, la obligación de respetarla y protegerla; el derecho de toda persona a la libertad y al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones. También en el mencionado Convenio de Oviedo, se afirma como primer objetivo, la protección al ser humano en su dignidad, proclamándose la primacía de su interés y bienestar sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia. Por otro lado, en la Constitución Española de 1978, el consentimiento informado tiene su asiento en el marco del derecho a la autonomía o autodeterminación personal y de forma más concreta, cuando se trata de un tratamiento sanitario, encuentra su fundamento en la dignidad y en la libertad de la persona. En este sentido el Tribunal Constitucional tiene declarado que el derecho a la vida y a la integridad física y moral puede resultar afectado cuando se impone a una persona asistencia médica contra su voluntad (Sánchez-Caro, Abellán, 2003:4-6).

- *Deber de los pacientes o usuarios*. El deber de los pacientes o usuarios se establece en facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera verdadera y de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria (Sánchez-Caro, Abellán, 2003: 9-20).

Modelo de Atención Centrada en el Paciente.

No te olvides de los pacientes en la atención centrada en el paciente.
McInnes DK (2010). Salud Affairs (Millwood), 29 (11): 2127

El modelo de Atención Centrada en el Paciente (ACP) es el modelo teórico de relación asistencial que de forma implícita promulga la referida Ley 41/2002 en nuestro país. En EEUU, el Institute of Medicine (2001) reconoce este modelo como fundamental para la calidad de la atención sanitaria (Epstein, 2014) y aparece reconocido como el modelo de elección en la actualidad en la documentación internacional revisada. Entre otra, para el caso de la selección documental a propósito de referentes teóricos de la competencia comunicativa que constan en la propuesta de este estudio como: College of Nurses Ontario (CNO)(2014); *Nursing and Midwifery Board of Australia*, (2013); Bachmann et al. (2012) o consenso de Europa; Kiessling et al. (2010) o consenso de Basel; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2002, actualizado 2006); Bayer-Fetzer (2001) o consenso de Kalamazoo, la mayoría de ellos documentos de consenso de la competencia comunicativa. En este sentido, se destaca el pronunciamiento explícito por parte de las enfermeras de Ontario (RNAO, 2002, actualizado 2006) que han publicado un documento específico (titulado Atención orientada al paciente) en colaboración con enfermeras españolas (Investén), del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, según se comenta en otros apartados de este estudio.

Desde la medicina, la ACP, propone cambios en la interpretación de la enfermedad y la salud para llegar a un diagnóstico biomédico adecuado, lo cual integra la comprensión de la perspectiva subjetiva del paciente y la relación se convierte en más igualitaria. Dicho modelo, comprende la perspectiva "dialógica" donde la realidad de cada paciente es creada y recreada mediante el diálogo y la interacción social. Así, la empatía, la solidaridad, la humanidad, la tolerancia y la comprensión forman parte del lenguaje integrado en este tipo de relación. Los autores apuntan que es posible que los modelos de relación se hayan centrado más en el poder y menos en el clima emocional subyacente en la relación clínica (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein, 2004: 576-582). No obstante se ha apuntado que el modelo no prescribe un comportamiento determinado, sino que más bien proporciona una visión y un enfoque para la práctica, que permite la adaptación de la respuesta según sea necesario. Hepwoth, Cushman

⁹² Hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000 (*Diario Oficial de las Comunidades Europeas* de 18 de diciembre de 2000). Ver en particular los artículos 1.º, 6.º y 7.º.

(2005: 406-409), Epstein, Borrell-Carrió (2005: 426-431). Estos últimos autores también indican que la confusión de la orientación con el dogmatismo puede conducir al abandono o aplicación aislada de esta visión, por lo que dan una orientación pragmática. Sugieren que los hábitos de la mente pueden ser el puente entre el modelo y la realidad asistencial y proponen los siguientes: la atención, la visión periférica, la curiosidad y flexibilidad informada. Estas cualidades indican que son enseñables y pueden reforzarse (Epstein, Borrell-Carrió, 2005: 426-431). Además, se busca implicación política para que este modelo de atención que ha demostrado beneficios para la enfermedad, la calidad de vida del paciente y para abordar desigualdades sociales en salud (raciales, étnicas y socioeconómicas) obtenga apoyo político para la formación y aliento de las organizaciones de salud en relación con el modelo (Epstein⁹³, Fiscella, Lesser, Stange, 2010: 1489-1495). En cuanto a las características definitorias de este modelo, se ha indicado que pueden ayudar en la obtención de los objetivos profesionales y derechos del paciente que propone la referida ley, así como sus derivaciones (por ejemplo, el consentimiento informado). Este marco teórico de atención en salud ha sido estudiado, entre otros, por autores nacionales como Lázaro y Gracia, (2006) y Pablo Simón (2006), desde la Bioética y una serie de profesionales expertos y/o interesados en comunicación asistencial desde disciplinas como la medicina y otras ciencias de la salud, como Ruiz Moral (2010-a), (2010-b), (2007), Borrell et al. (2001), Morlans (1995), Lain Entralgo (1964), Clèries (2009) y Borrás, (2004). Desde el ámbito internacional esta temática ha sido revisada por Emanuel y Emmanuel (2010-a), (2010-b) al estudiar los distintos modelos de relación asistencial y muy especialmente ha sido abordada por Epstein, quien en años consecutivos ha planteado la necesidad y justificación de este modelo de atención centrada en el paciente en nuestro país Epstein (2010, 2014).

En cuanto a la atención centrada en el paciente *desde enfermería*, el enfoque teórico de cuidado integral al paciente propuesto en esta profesión durante la segunda mitad del siglo XX (a partir del acceso de estos estudios a la universidad), hace que la ACP no suponga un cambio drástico en relación con encauces teóricos previos. Sin embargo, como se comenta en otros lugares de este estudio, las influencias del modelo biomédico en los cuidados de enfermería, han marcado una fuerte tendencia en detrimento del estudio y la práctica del modelo de ACP, teniendo en cuenta además la complejidad del modelo de ACP cuya dilucidación permanece abierta en la actualidad. En cualquier caso, se han iniciado estudios de experiencias que demuestran este interés profesional en enfermería, según puede apreciarse en la Tabla 4.15.

La familia del paciente objeto de atención en salud: comunicación y cuidados de enfermería.

La familia en España, desde la perspectiva sociológica presenta marcada tendencia cuidadora (hijos, ancianos, enfermos, etc.) junto con intensa fuerza entre el parentesco y solidaridades familiares. Junto a estos componentes tradicionales de apoyo, se ha manifestado la falta de apoyo de los servicios públicos (como sucede con las escasas políticas de conciliación entre la vida laboral y familiar) para descargar a dichas familias de sus labores más acuciantes de cuidados. (Bazo, Domínguez-Alcón, 1996: 43-56), (Flaquer, 1999:3-4), (Isla, 2000: 187). Así, las familias españolas "hacen piña" con fortaleza y orgullo ante cualquier adversidad de sus miembros (Flaquer, 1999:3-4), lo cual no impide que sufran difíciles consecuencias. De aquí que no es excepcional escuchar que la familia es el "mayor recurso de la atención en salud", aunque el trabajo del cuidador/a familiar pasa habitualmente desapercibido sin que

⁹³ Dr. Ronald M. Epstein, es Director del Center for Communication and Disparities Research (Universitat de Rochester, EEUU). A nivel internacional, destaca, entre otros aspectos, por sus aportaciones formativas sobre comunicación en salud y sobre la relación centrada en el paciente desde el ámbito médico. sus participaciones en España y especialmente en Cataluña han sido reiteradas en estos años, donde en 2014 ha impartido una conferencia sobre: Per què cal impulsar una atenció centrada en la persona?. Models, Metodologies i Experiències d'Atenció Centrada en la Persona (Moderació X. Clèries). Parc Sanitari Pere Virgili, Barcelona, junio 2014.

generalmente sea reconocido. Sin embargo, la situación no afecta solo en España, ya que sobre el esfuerzo cuidador familiar se descargan muchos gobiernos. Se estima que en Europa más de los dos tercios del cuidado recaen en la familia y en los Estados Unidos hay evidencia firme de que la familia y los amigos son las únicas personas que proporcionan cuidados en cerca de las tres cuartas partes de los hogares (De la Cuesta Benjumea, 2004:7). En España M^a Ángeles Durán afirmaba en 1991 que el sistema sanitario formal dispensaba un 12% del tiempo real dedicado a la salud y que el restante 88% provenía del ámbito familiar (Isla, 2000: 188). En consecuencia, en el caso de un miembro enfermo, por lo general la familia le cuida si permanece en casa y está pendiente de él, si el paciente ingresa en el hospital. Por otro lado, desde la medicina, se ha detectado que muchas enfermedades van precedidas de acontecimientos vitales estresantes con origen en el ámbito familiar, es el caso de la muerte de un conyugue, suicidios, ruptura matrimonial o divorcios, etc. es sabido también, que mujeres con bajo apoyo familiar sufrirán más complicaciones obstétricas y los pacientes diabéticos tienen mejores cuidados cuando esta implicada la familia. Yurss (2001: 73-82).

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)), en colaboración con el grupo INVESTEN del Instituto Carlos III de Madrid, proponen una guía de buenas prácticas de enfermería enfocada a la atención y apoyo familiar⁹⁴. Se reconoce (Fast & Keating, 2000) que en los últimos tiempos ha habido cambios significativos en el entorno familiar, como familias más reducidas, un aumento de la diversidad y relaciones familiares más complejas, en consecuencia las personas construyen su propia definición de familia con independencia de cómo pueda ser vista por los investigadores y políticos (RNAO, 2002-b actualizada 2006: 21). Desde la perspectiva de salud, las familias tienen fortalezas y según se ha indicado necesitan apoyo para afrontar circunstancias previsibles e inesperadas que surgen en la vida. Se contemplan como *actuaciones previsibles* (aunque no limitadas a estas): el nacimiento y paternidad, el colegio, la adolescencia, el envejecimiento, la jubilación y el fallecimiento. Las *actuaciones inesperadas* integran: traumas y accidentes, enfermedades crónicas, alteraciones en el desarrollo y la discapacidad (RNAO, 2002, actualizada 2006: 16). Una tarea importante para las enfermeras (Friedman, 1992; Miller, Hornbrook, Archbold & Stewart, 1996) es ayudar a las familias y sus miembros a lograr el desarrollo de las tareas individuales y familiares a lo largo de la vida (Mc Donald, Stetz & Compton, 1996) y se apunta que cuando una familia sufre una circunstancia inesperada y un miembro de la familia está en casa u hospitalizado y requiere cuidados, la familia sufre numerosas y complejas necesidades. En este sentido, las últimas tendencias dentro del sistema sanitario dan como resultado un aumento de la necesidad de concienciación sobre la importancia de la familia en la prestación de cuidados, especialmente a partir de los recortes económicos y la evolución tecnológica que hace que cuidados anteriormente atendidos en el hospital, sean actualmente domiciliarios (RNAO, 2002, actualizada 2006: 22). Así, desde la perspectiva de enfermería, la familia puede verse como proveedora y como destinataria de cuidados. Este es uno de los motivos que justifica la necesidad de realizar una valoración familiar, entendida como un proceso de exploración llevado a cabo entre la enfermera y la familia para obtener una perspectiva sobre sus fortalezas y necesidades de apoyo. Dicha valoración incluye aspectos de: a) la estructura familiar, b) datos del entorno, c) puntos fuertes de la familia, d) apoyo familiar (RNAO, 2002, actualizada 2006: 22-26).

La mencionada guía de Canadá orienta que enfermería debe respaldar la implantación de las prácticas que favorezcan a la familia (programas, promoción del cuidador, etc.). Así mismo, se apunta el referente de Levis (1999) en su propuesta de que las enfermeras se pronuncien en defender un debate público sobre la atención a las familias y en el desarrollo de un puesto público donde sea razonable esperar soporte para los cuidadores familiares. (RNAO, 2002, actualizada 2006: 31-33). Desde el punto de vista asistencial, entre las situaciones que presentan más conflicto familiar en adultos, se han descrito los casos de enfermos crónicos y

⁹⁴ Familia: Ser único y quienquiera que la persona defina como familia. Entre los miembros de la familia se pueden incluir, pero no se limita a: padres, hijos, hermanos, vecinos y otras personas importantes de la comunidad. (RNAO, 2002, actualizada 2006: 19).

Tabla 4.15

Modelo de Atención Centrada en el Paciente (ACP): Aspectos teóricos y algún ejemplo relacionado con la práctica enfermera		
Publicación	Características estudio	Resultados
1. Epstein, Alper, Quill (2004).	EEUU. Revisión 1966-2003 (ámbito médico). Objetivo identificar formas de comunicarse que aporten evidencia de que mejoran la comprensión del paciente y la participación en la toma de decisiones y los resultados. Se obtienen 367 resúmenes, se revisan 51 artículos y se seleccionan 8 estudios potencialmente relevantes.	El contexto informado favorece que los pacientes sean más propensos a participar más activamente en su cuidado, a tomar decisiones más sabias, a llegar a un entendimiento común con sus médicos y también que se adhieran más al tratamiento. Refiere que actualmente no existen guías basadas en la evidencia para discutir con los pacientes el proceso de toma de decisiones médicas. Conclusiones: constatan escasez de pruebas para guiar cómo los médicos pueden compartir más evidencia clínica efectiva con los pacientes ante la toma de decisiones. Orientación en base a expertos, 5 pasos: la comprensión del paciente (y de la "familia"), experiencia y expectativas; creación de alianzas; suministro de pruebas (con discusión equilibrada de incertidumbres); recomendaciones informadas por el juicio clínico y las preferencias del paciente y verificación de la comprensión y el acuerdo.
2. Grilo et al. (2014).	Lisboa (Portugal). Utilización de escala médica de ACP, junto con 2 preguntas referidas a habilidades técnicas y comunicación. Se comparan datos entre enfermeras residentes y estudiantes de varios cursos académicos; n= 525 estudiantes y n=108 enfermeras	En general, los resultados de medición de aspectos emocionales del paciente fueron superiores a los de otras mediciones. Los resultados de estudiantes fueron más proclives a la ACP que los de enfermeras. Estos resultados refuerzan la idea de que la ACP es posible en el contexto académico y que el estudio permite detectar factores que favorecen la disminución de la centralidad el paciente en la practica profesional.
3. Ruiz Moral, et al. (2011).	España. Estudio en 9 centros de salud (CS) de asistencia primaria (AP) de Andalucía, sobre preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería. Motivos de consulta: control de enfermedad crónica y otros motivos menos frecuentes (espirometría o de ECG). Problemas de salud al consultar: alergias, anemias, diabetes, cáncer, afecciones bronquiales, cardiopatías, artrosis, asma, tiroides, enfermedad reumática, problemas circulatorios, cataratas, cateterismo o descalcificación. Supuesto: las enfermeras piensan que los pacientes son pasivos y no quieren participar (según autores también sucede con médicos). Instrumento: Cuestionario por teléfono validado y pregunta abierta.	Resultados. Responden 237 pacientes. El grado de participación percibido en una escala de 0 a 10 es d 4,31+3,6 (mediana 5) puntos. A más nivel cultural de los pacientes la percepción sobre su participación es menor (60%) y la instrucción baja equivale a percepción de mayor participación (18,8%); la satisfacción es menor en los más jóvenes, como en otras publicaciones, según los autores. Las mujeres se muestran mas satisfechas (59,9%) que los hombres (27,8%). Pregunta abierta a pacientes sobre <i>deseos de cambio</i> sobre la forma en que la enfermera podría ayudarles a participar en la toma de decisiones: Respuestas: se establecen categorías y aparecen: 1) Habilidades de comunicación: <i>Trato</i> (amable, cercanía, trato personal, implicación). <i>Información</i> (cantidad de información, calidad de información). <i>Tipo</i> (oral y escrita, personalizada). <i>Escucha activa</i> , <i>Interés</i> , <i>Disponibilidad</i> , <i>Empatía</i> , <i>Dejar hablar al paciente</i> . 2) Fomentar la implicación (ayudar a decidir); 3) Gestión de la información (más tiempo de atención, frecuencia de cambios de personal). Conclusión: Los pacientes aparentemente rechazan una relación paternalista para las consultas de enfermería y desean que la toma de decisiones sea colaborativa, como sucede en el caso de otros estudios y también para hospitales. Se argumenta que puede que el profesional no esté dispuesto a cesión de poder. Se hipotetiza la necesidad de formar en comunicación, (inclusive de carácter básico "respeto, cortesía e interés o la practica de una escucha activa").
Fuente: realización propia en base a las fuentes de las publicaciones indicadas. La negrita es propia		
Notas:		
1. Epstein, Alper, Quill (2004). Communicating Evidence for Participatory Decision Making. JAMA, 291: 2359-2366		
2. Grilo, Santos, Rita, Gomes, (2014). Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. Nurse Education Today 34: 35–39		
3. Ruiz Moral, Alba Dios, Dios Guerra, Jiménez García, González Neubauer, Pérula de Torres y Barrios Blasco (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. Enfermería Clínica. 21(3):136-142		
Total aportaciones de 11 estudios (contemplando revisión que integra 8 estudios)		

terminales (Alvarez Vélez, Montalvo Jääskeläinen, 2010: 7-8). En cuanto a las *enfermedades crónicas*, una revisión bibliográfica que abarcó los 20 años últimos previos al cambio de siglo, documenta un aumento del cuerpo de conocimientos en torno a enfermedades de corte más tradicional (como por ej. la diabetes) y otras más de tipo emergente (como por ej. el VIH y la demencia) entre otras. La característica común de estas dolencias es su duración prolongada, su pronóstico incierto y en ocasiones su carácter episódico. El paciente y su familia tienen que aprender a vivir con la enfermedad y a veces con los efectos secundarios derivados de la medicación, por lo que son procesos difíciles y complejos para el enfermo y la unidad familiar (De la Cuesta, 2001: 20).

Estos procesos complejos ante la cronicidad han sido estudiados desde la Sociología de la salud y la enfermedad, integrados en las experiencias de las personas ante enfermedades y acontecimientos vitales negativos. Tales estudios demuestran como el curso de una vida puede quedar marcado o interrumpido por el diagnóstico de una enfermedad crónica, lo que supone o confirma un conjunto de desafíos enfocados a adaptar el autoconcepto y las respuestas de la persona a la nueva situación, incluidos cambios positivos (como los obtenidos a partir de refuerzo). Según los autores, aspectos de este tipo fueron estudiados por Corbin y Strauss (1985,1988) y otros estudios se han referido a patologías determinadas (como artritis reumatoide, infección por VIH, afectaciones neurológicas, osteoartritis, accidente cerebrovascular, tras el suicidio de un hijo, etc.) y su influencia en la biografía de los afectados, noción que ha sido apuntada por Bury (1982), como desarrollo de una biografía rota (Bray, Kirk, Callery, 2014: 823-839). Así, la mayor parte de personas enfermas y discapacitadas recibe el cuidado que necesita desde fuera del sistema sanitario. Distintos estudios confirman que por lo general es la mujer quien realiza estas tareas (Bazo y Dominguez-Alcón, 1996: 43) y según el Instituto Nacional de Estadística de 2008, en el 76,3% de casos en España, ésta tiene entre 45 y 64 años (Marrodán, 2010:140-142). A la vez, también es este mismo grupo, el de las mujeres, quien sufre mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, con el agravante de que, en muchos casos, al no haber cotizado en edad activa, subsisten con pensiones de viudedad o asistenciales, con las consiguientes dificultades para hacer frente a la enfermedad y dependencia (Bazo y Dominguez-Alcón, 1996: 43).

A partir de estudios que integran la carga y sobrecarga del cuidador, se ha puesto de relieve el concepto de *apoyo social* (De la Cuesta, 2004: 7-14). Un ejemplo de este tipo de trabajos podría ser el referenciado de Bazo y Domínguez-Alcón (1996: 47-52), que presenta múltiples ejemplos procedentes de entrevistas de distintas comunidades autónomas españolas, donde se enfatiza dicha carga física y mental que padecen las cuidadoras. Así, en el concepto de apoyo social, se distingue la modalidad formal (por ej. los profesionales) y la modalidad informal (por ej. la familia) (De la Cuesta, 2004: 7-14). En conjunto, se considera que las redes de apoyo social juegan un papel relevante en el bienestar de los cuidadores, entre los que cuenta el alivio psicosocial de los grupos de autoayuda y con carácter más formal, el caso de los centros de día. Aunque el apoyo social es un tema del que se ha apuntado la falta de soporte teórico firme, algunas investigaciones aportan luz sobre determinados aspectos del apoyo social en cuidadores. Por ej. a partir de un estudio sobre demencias, se detectó que la persona cuidadora valoraba tanto el apoyo emocional como el apoyo práctico (De la Cuesta, 2004: 7-14). En este sentido un estudio realizado en 1997 demostró que la depresión era una afectación frecuente entre los cuidadores familiares con pérdida de autonomía y confirmó que el soporte mediante el servicio social público era casi inexistente (Isla, 2000: 188). Otros estudios en Europa, han referido que más que la cantidad y el tipo de apoyo, lo que al parecer resulta esencial es el componente subjetivo de este, es decir la percepción de calidad del apoyo, por parte del receptor o cuidador (De la Cuesta, 2004: 7-14). Así, en general y en cualquier etapa del ciclo vital, las familias con enfermos crónicos se ven beneficiadas a través de la información, el apoyo emocional y el entrenamiento en habilidades (como por ej. comunicación, resolución de problemas y fomento de la asertividad, entre otras habilidades específicas afines a los cuidados, que requiere el tipo de enfermedad y circunstancias específicas del enfermo (Tabla 4.16). Este apoyo es de utilidad entre los mismos familiares y de ellos hacia el enfermo (Alvarez Vélez, Montalvo Jääskeläinen, 2010: 127).

El *síndrome del cuidador*, afecta en especial a cuidadores no profesionales (o no remunerados) y surge al tener un familiar en situación de dependencia por causa de enfermedad grave o deterioro por causa del envejecimiento, con incapacidad o gran limitación para valerse por sí mismo para la vida diaria, indistintamente de su edad. Se considera producido por el estrés continuado de tipo crónico en la batalla diaria contra la enfermedad, y presenta rasgos similares al síndrome de burnout descrito en el apartado de emociones de este estudio. Produce sensación de falta de control sobre el proceso. Incluye desarrollar "actitudes y sentimientos negativos hacia la persona cuidada, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga, agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, agobio continuado con sentimientos de desbordamiento y con sentimientos de culpa" (Marrodán, 2010:140). En la relación cuidadora-paciente se ha documentado la centralidad del manejo emocional (referido por lo común al afecto, amor, empatía y respeto)⁹⁵ que puede ser problemático. A partir del caso de la enfermedad mental se han establecido cuatro etapas: a) antes del diagnóstico, b) en el proceso diagnóstico, c) cuando la cuidadora se da cuenta de que la enfermedad puede ser permanente y d) cuando reconoce que no se puede modificar y acepta la condición (De la Cuesta, 2001), estas etapas pueden ser extrapolables a otros casos de enfermedades crónicas, como por ej. el cáncer, cuando no tiene curación. En la unidad familiar, también se han detectado una serie de construcciones en relación con el cuidado de una persona dependiente, como son: procesos de negociación (entre miembros de la red), procesos de asignación (en cuanto a la atribución del rol de cuidadora o cuidador) y construcción social del rol de cuidadora (asumido durante el proceso de socialización). Lo destacable, es que para conseguir la inclusión social de una parte de la población (enfermos dependientes), se tiene que producir la exclusión de otro sector (el de las mujeres cuidadoras), aspecto que no solo cuestiona los derechos de las mujeres como ciudadanas, sino su regeneración intergeneracional como cuidadoras, si no se atribuye al fenómeno el valor y los recursos familiares necesarios para perdurar durante las próximas generaciones (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996: 54).

Concepto de cuidados críticos.

La acepción de crítico en el diccionario de la RAE, se refiere al estado o momento en el que se produce una crisis. Crisis es el cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente. Así, la traducción de "critical care" del inglés no es unívoca. En el contexto del documento Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones de referencia (2010), editado por el gobierno de España, se indica que "Paciente crítico es aquel que está grave y agudamente enfermo y cuidados críticos son los dirigidos a este tipo de pacientes". En dicho documento, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se define como "una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico. La UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados". Ministerio de Sanidad y Política Social (2010:6)⁹⁶. La función de las enfermeras en la UCI es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería al paciente ingresado en UCI, así como valorar su respuesta. Sin embargo, la evidencia demuestra que los pacientes y especialmente sus familias, tienen necesidad de un contacto más cercano con el familiar enfermo y también de obtener más comunicación con la enfermera, según documentación que se aporta en el Capítulo 2 en el apartado de comunicación enfermera paciente en la práctica asistencial (cuidados críticos y necesidades de familiares de paciente). Aparte del médico y la

⁹⁵ Pedro, Rocha, Nascimento (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. Revista Latino-americana Enfermagem, 16(2): 1-4 <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

⁹⁶ Centro de cuidados agudos: Institución de servicios a pacientes con necesidades agudas (físicas y psicológicas). La rehabilitación y los CP pueden estar incluidas. (RNAO, 2002 actualizada 2006: 18).

Tabla 4.16

<p>Abordaje de las enfermedades crónicas Ayuda a la familia desde la perspectiva comunicativa</p>
<ul style="list-style-type: none">○ Informar y enseñar al paciente y su familia cuestiones relativas a la enfermedad específica○ Ayudar a la familia a reclamar sus derechos y los del paciente ante los servicios de salud y los recursos de la comunidad○ Animar a las familias a discutir abiertamente sobre la enfermedad y las reacciones emocionales que suscita○ Facilitar involucrar a la familia en el cuidado del paciente mediante negociación con el○ Ayudar a la familia a establecer un adecuado equilibrio entre las necesidades del miembro enfermo y las necesidades de crecimiento y desarrollo tanto del paciente como de los restantes componentes de la familia○ Identificar a las familias que tienen problemas y derivarlas a servicios especializados (por ej salud mental)
<p>Fuente, elaboración propia modificada de Fuertes, Maya (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 24 (Suplemento 2): 83-92</p>

enfermera, en la UCI colaboran: farmacéutico, dietista, psicólogo, fisioterapeuta y profesionales de otros servicios con enfermos ingresados en la UCI. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010:10-13).

Etapa final de la vida.

Desde el cambio de siglo, especialmente, se pretende alcanzar un nuevo contexto para la muerte. La evolución marcadamente tecnológica de la medicina, ha dado lugar al riesgo del llamado encarnizamiento terapéutico⁹⁷. En consecuencia, han aumentado las opciones de prolongación de la vida, aunque los temores son también mayores. Dichas opciones son brindadas por el servicio público de salud con carácter de universalidad. Uno de los riesgos de dicho encarnizamiento terapéutico es que emergen en un contexto donde la relación médico-enfermo esta empobrecida. Se apunta que el carácter tecnológico de la medicina ha favorecido cierta deshumanización en detrimento de los intereses del paciente y de su familia y esto conduce a la soledad del paciente terminal en la última etapa de su vida (Montalvo Jääskeläinen F. de, 2010: 149-158). Al respecto y en relación con la comunicación en enfermería como parte significativa de la calidad del cuidado (Fleischer, Berg, Zimmermann, Wüste, Behrens, 2009: 339-353), se ha apuntado que dado que la comunicación es mutuamente negociada y construida según exigencias de la situación, surge la pregunta ¿Qué sucede cuando los pacientes están demasiado enfermos o tienen insuficiencia de habilidades sociales? (Shattell 2004, 714-722), como puede ser el caso de esta etapa final de la vida. A ello, se agregan las características de "crisis vital" atribuidas al paciente crítico y su familia (Pardavila y Vivar, 2012: 51-67), al ser la amenaza de la muerte, la experiencia más terrorífica considerada para los seres humanos (Berger y Luckmann, 1983: 131). La presencia de este problema, comporta, necesariamente, recordar la persistencia del tabú de la muerte en nuestra sociedad, considerado, posiblemente, entre los más estigmatizados de la sociedad racional contemporánea (Marí-Klose y de Miguel, 2000:139), extensible, al funeral y el luto (de Miguel, 1995:112). En este contexto, el mecanismo de negación de la muerte, es detectado por Omar G. Ponce de León entre los/as médicos enfermos, que niegan el rol de enfermos como niegan el rol de la muerte. La hipótesis apuntada por los autores, es que la escasa socialización sobre la muerte, afecta, como al resto de población a los profesionales de la salud (Marí-Klose y de Miguel, 2000:138), donde las enfermeras, formando parte de lo atribuido como canon típico en los estudios realizados por los autores, también desearían morir sin dolor y acompañadas (Marí-Klose y de Miguel, 2000:138) en una perspectiva donde lo que más preocupa es el sufrimiento y el dolor (de Miguel, 1995:140). En este entorno, según este autor, el sistema sanitario público en España se origina como una forma de aseguramiento de la hospitalización y forma de ser atendido en el proceso de morir. Y en lugar de encauzarse hacia la asistencia primaria, se plantea como red de "seguridad de casos terminales, finales" (de Miguel, 1995:116). En consecuencia, en esta tesitura, las unidades de cuidados intensivos, con aparatos y técnicas sofisticadas, aíslan aun más a los moribundos/as (de Miguel, 1995:116), según se apuntaba anteriormente y refleja el siguiente párrafo:

"Las personas que mueren no suelen ser tratadas como seres humanos individuales: bastantes de sus derechos no son garantizados y sus deseos incumplidos. Muchos pacientes/as mueren intubados, inconscientes en unidades de cuidados intensivos, aislados, rodeados de otros moribundos/as (de Miguel, J.M. de (1995: 114)... uno/a se muere solo, en secreto, intubado, con respiración asistida, inconsciente, en una UCI. Es luego cremado y olvidado (de Miguel, J.M. 1995: 112)"

En el entorno social y cultural que se describe, son socializadas las enfermeras, cuestión que en tanto que profesionales de la salud, puede hallar explicación del mecanismo de

⁹⁷ La Sociedad Española de Cuidados Paliativos refiere como encarnizamiento terapéutico "aquellas prácticas médicas con pretensiones diagnósticas o terapéuticas que no benefician realmente al enfermo y le provocan sufrimiento innecesario, generalmente en ausencia de una adecuada información". Se considera que detrás de estas prácticas puede haber falta de competencia profesional y obstinación en una dirección que no es la más beneficiosa para el paciente. (Montalvo Jääskeläinen, 2010: 149-150).

negación de la muerte aludida en el estudio de Omar Ponce de León, para el caso de los médicos. Por eso, afrontar el sufrimiento y la muerte ha sido planteado como un desafío para el cuidado en el siglo XXI⁹⁸, teniendo en cuenta que los/las profesionales de la salud, y en concreto, enfermería adolecen del peso del tabú de la muerte que afecta a la sociedad española. De aquí, surge un nuevo debate ético-legal para el derecho a la vida y a la muerte con dignidad, a favor de cuyo argumento se ha pronunciado el Consejo de Europa⁹⁹. Teniendo en cuenta que la dignidad de la vida humana no puede ignorarse, el derecho se ha centrado en potenciar la autonomía y la voluntad de la persona en el proceso de muerte. En este contexto se desarrollan las instrucciones previas¹⁰⁰ y emerge el debate en torno a la eutanasia, aunque su desarrollo al margen de la realidad asistencial, ha puesto en duda el alcance del fin perseguido que es la humanización de la muerte. (Montalvo Jääskeläinen F. de, 2010: 149-158).

En este contexto las instrucciones previas se consideran útiles para garantizar la voluntad del paciente en aquellas formas que no incluyan previsiones contrarias al ordenamiento jurídico. Dentro de este nuevo entorno, se tiende a ir reconociendo que la eutanasia voluntaria es ante todo un "derecho humano" y una persona puede expresar sus deseos a través del llamado testamento vital que se regula bajo la ley de voluntades anticipadas en nuestro país. En cualquier caso, la despenalización de la eutanasia debería ir precedida por la adecuada garantía universal del derecho a los cuidados paliativos (CP), hecho que restringe la libertad de quien no tiene esta opción y es aun de implantación irregular en nuestro país (por ej. deficitaria en comunidades autónomas como Andalucía, Madrid y Aragón y mejores recursos por ejemplo en Cataluña, Islas Canarias, Castilla y León), de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Montalvo Jääskeläinen F. de, 2010: 160-179). Al respecto, estudios¹⁰¹ sobre el deseo de adelantar la muerte (DAM) realizados en Cataluña, refieren una etiología multicultural y dificultades de precisión terminológica y conceptual en la definición del constructo, detectadas a través de estudios analizados por los autores, aspectos que según refieren, limitan sus propias aportaciones específicas. En resumen se apunta la necesidad de más investigación sobre el fenómeno para poder fomentar planes de cuidado apropiados a estas situaciones (Monforte-Royo, Villavicencio-Chavez, Tomás Sabado, Balaguer, 2011: 795- 804).

Así, los cuidados al final de la vida, suponen de las etapas más difíciles con las que se enfrenta una familia ante lo cual los cuidados paliativos¹⁰² pueden ser buena ayuda. Supone inversión de tiempo por parte del equipo terapéutico y proponerse disponibilidad cuando la familia o el enfermo lo necesite. Los miedos son múltiples entre los que se encuentran, el miedo a: "que el enfermo sufra y muera con dolor, a no obtener ayuda profesional, a ser responsable de la enfermedad, a hacerle daño, a encontrarse solo en casa cuando muera, a que adivine su diagnóstico, a discutir con la familia por no llevarlo al hospital, a un futuro lleno de soledad, a no saber que hacer cuando el enfermo haya muerto" (Ramos Sánchez, 2010:191-192). En

⁹⁸ Edo-Gual, Monforte-Royo, Tomás-Sábado (2015). Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el siglo XXI. *Cartas al Director. Enfermería Clínica*, 25(1)42-44

⁹⁹ Preámbulo del Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, aprobado por el Comité de Ministros de Europa en 1996 y conocido como el Convenio de Oviedo. (Montalvo Jääskeläinen, 2010: 149-156).

¹⁰⁰ Instrucciones previas reguladas en artículo 11 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre (Montalvo Jääskeläinen F. de, 2010: 163).

¹⁰¹ Monforte Royo, C. (2011). El deseo de adelantar la muerte en pacientes con procesos avanzados de enfermedad. *Universitat Internacional de Catalunya. Tesis Doctoral. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.* (Directores: Dr. A. Balaguer Santamaría, Dr. J. Tomás Sábado). Consultado Internet 27.9.15: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/41946/Tesi_Cristina_Monforte.pdf?sequence=2

¹⁰² La OMS define los cuidados paliativos como "La atención activa y total de los pacientes y sus familias por parte de un equipo multiprofesional cuando la enfermedad del paciente ya no responde a tratamientos curativos y su pronóstico de vida es relativamente corto. Responde a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales y se extiende, si es necesario hasta en el proceso de duelo". Ramos Sánchez (2010: 192-193).

conjunto, la carga de ansiedad que conlleva cuidar a un ser querido en situación terminal es muy elevada. Por eso las familias tienen que saber que pueden contar con los profesionales del equipo de salud cuando sea y como sea, para mostrar sus dudas y temores y recibir reafirmación constante. En consecuencia, en este proceso, es beneficioso enseñar a la familia cuidados básicos para participar en la atención del enfermo y evitar que surjan sentimientos de impotencia. La adaptación familiar es deseable que sea gradual, natural y espontánea para evitar que surjan sentimientos inapropiados que requerirían ayuda del equipo de CP.

Cuidados Paliativos (CP).

La OMS en 1990 adoptó una definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el "cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial". Destacaba que los CP no debían limitarse a los últimos días de la vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de los pacientes y familias. Posteriormente la OMS ha ampliado esta definición de CP: "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales" (MSPI, 2011: 16). La OMS, también recomienda a los gobiernos que no piensen en legislar a favor del suicidio asistido y de la eutanasia en tanto no estén cubiertas las necesidades de CP, trayecto todavía algo lejano (Bermejo, 2013). Callahan de acuerdo con el informe Hastings (1996) refiere que el doble objetivo para la medicina del siglo XXI sería: intentar prevenir y curar las enfermedades y proporcionar los mejores cuidados al final de la vida (Ballester, Gil Juliá, Gil Llarío y Gomez Martínez, 2011:47).

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud 2010-2014 (Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, SNS) supone una actualización de la Estrategia anterior de 2007. Recoge la evaluación del proceso previo y persiste en favorecer la mejora de los CP en beneficio de los ciudadanos. Propone principios de los CP como los siguientes: a) *Valores*: Derecho de alivio al sufrimiento; Valor intrínseco de cada persona como individuo autónomo y único; Calidad de vida definida por cada paciente; Expectativas del enfermo y familia sobre la respuesta del sistema sanitario a sus necesidades en el final de vida; Solidaridad ante el sufrimiento. b) *Principios*: Acompañamiento a los pacientes y sus familias basado en sus necesidades; Atención integral, accesible y equitativa; Continuidad de la atención y coordinación de niveles asistenciales; Comunicación abierta y honesta; Reflexión ética y participación de los clientes y sus familiares en la toma de decisiones. Acorde con estudios realizados en Australia¹⁰³, indica que el nivel básico aproximado de CP en España incluiría a 3.621 pacientes por millón de habitantes y año, correspondiendo a 1.755 por millón de habitantes y año, ser atendidos por equipos específicos de CP (48,5%). (MSPSI, 2011: 50-53).

Desde enfermería de Cuidados Paliativos es progresivo el interés por esta atención. En este sentido, se adhiere al día mundial de los hospices y de los cuidados paliativos, propuesto por la World Hospice & Palliative Care Alliance (WHPCA), fijado en el 15 de octubre¹⁰⁴. Desde esta dedicación asistencial enfermera, el interés principal se centra en dos vertientes: a) como

¹⁰³ Palliative Care Australia. A Guide to palliative Care Service Development a population based approach 2003 www.pallcare.org

¹⁰⁴ El Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, presenta el 15 de octubre de 2015 a l'Associació per l'Acompanyament al final de la Vida (www.hospice.cat), creada por un grupo de personas que a través de sus experiencias personales y profesionales quieren ofrecer a la sociedad otra forma de afrontar el final de la vida, haciéndolo más humano. Hospice es la residencia (hogar) que recoge esta filosofía y fines desde hace 48 años. En España solo existe CUDECA para cuidados de cáncer en Benalmádena (Málaga), creado por la comunidad inglesa residente en la zona. Consultado 25.9.15. Disponible en: <http://www.coib.cat/>

proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional del paciente y b) como elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados desde los diversos niveles asistenciales. Según (Gómez-Batiste et al. 2008), el domicilio figura como foco de interés que deben cubrir los programas públicos de Cuidados Paliativos e integra elementos filosóficos de la Conferencia de Atención Primaria de la OMS en Alma Ata (1978), donde la familia es pilar básico en el soporte psicosocial de la salud-enfermedad (Padilla, Vega, Rodríguez Martín, Lopez Liria, Martínez Cortés, Lucas Ación, 2011: 223). Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2013), ha desarrollado un trabajo titulado *Competencias enfermeras en cuidados paliativos* que incluye sus niveles de capacitación, según normativas planteadas por el MSPI y la Estrategia de Cuidados Paliativos del SNS (2007) y su actualización para 2010-2014 (MSPI, 2011: 50-51). En síntesis dicha capacitación supone los siguientes niveles: Básico (pregrado) dirigido a todos los profesionales; Intermedio (formación continuada) dirigido a profesionales que atiendan con mayor frecuencia a enfermos en fase avanzada y terminal; Avanzado (especialización y postgrado) dirigido a los profesionales de los equipos de cuidados paliativos (MSPI, 2011: 50-51). De otros aspectos de capacitación se dará cuenta en la propuesta formativa de este estudio.

Emociones, comunicación y enfermería.

Nuestra conducta moral y social, según Mora (2007, 2009) va unida al aprendizaje (emocional) de nuestro más inmediato entorno familiar y después social. Incluso en el sentido último de nuestra existencia, esa hambre de infinito que nos transporta mas allá de nuestra inmediatez existencial es un sentimiento que tiene su base en los circuitos emocionales de nuestro cerebro

En ¿Qué es una emoción? (Mora, 2013: 6)

Las emociones vienen siendo un tema recurrente a lo largo de este estudio, en especial en los apartados referidos a la comunicación asistencial y sus derivaciones formativas. Ello es consecuencia de dificultades en su abordaje, reconocidas especialmente a raíz de la aplicación práctica del modelo biopsicosocial de salud y del modelo de atención centrada en el paciente, por cuanto supone de complejo comprender la subjetividad del paciente en la condiciones de una consulta asistencial. Esta problemática afecta muy directamente a enfermería, dado que su trabajo implica prolongada permanencia junto al enfermo y su familia acompañando su preocupación y sufrimiento.

En los últimos años se ha realizado una prolifera investigación en neurociencia cognitiva fruto de la aproximación de dos disciplinas anteriormente distanciadas, la psicología cognitiva que estudia funciones mentales superiores y la neurociencia que estudia el sistema nervioso que la sustenta. Fruto de estos aportes científicos, el descubrimiento de la base material de la actividad mental de orden superior y la profundización de esta, ha suscitado gran interés en diversos sectores de la sociedad (Redolar, 2014: IX). Sin embargo, a pesar de los progresos realizados, se ha dicho que la neurociencia social se encuentra aún en etapa infantil y que los próximos años son prometedores en cuanto a la explicación de la conducta social de forma más completa que en el pasado (Carmona, 2014: 716). No obstante, en la actualidad, son posibles determinadas afirmaciones avaladas por las ciencias del cerebro y en particular la neurociencia cognitiva, que conducen a admitir que "todo lo que somos capaces de conocer en el mundo, lo hacemos a través de los filtros emocionales del cerebro... y las ideas, manejadas en asociación con la corteza cerebral tienen un significado y colorido emocional" (Mora Teruel, 2013: 1).

Según Damasio (1999), Le Doux (1999) (citados por Mora, 2013: 2), las emociones y los sentimientos tienen una larga historia que podría llegar hasta los seres unicelulares y casi mil de millones de años. Suponen mecanismos que utiliza el individuo para sobrevivir y comunicarse. De esta forma emociones y lenguaje emocional forman parte de lo más hondo y

primitivo del ser humano (Mora, 2013: 2). Así, se reconoce que el estado emocional incide en la comunicación, ya sea a través del modo (ej. tono) y/o del contenido (ej. irritabilidad) u otras formas de comportamiento. Este aspecto afecta tanto en quien emite el mensaje como en quien lo recibe, dado que el estado emocional en comunicación puede contagiar a través del tipo de afecto manifestado y especialmente a través del afecto negativo, al poder reaccionar su receptor de forma defensiva (Snyder, 2012: 125), (Carretié, López-Martín, Albert, 2010: 246). Por otro lado la expresión y el reconocimiento de emociones básicas (miedo, rabia, alegría, tristeza, sorpresa y disgusto) se considera un aspecto de la comunicación no verbal humana que dispone de elevada estabilidad intercultural (Fernández, Dufey, Mourgues, 2007:11).

En torno al *concepto*, la emoción, se ha planteado como "toda reacción conductual y subjetiva producida por una información proveniente del mundo externo e interno (memoria) del individuo que se acompaña de fenómenos neurovegetativos [o del sistema nervioso autónomo]. El sistema límbico¹⁰⁵ es parte importante del cerebro relacionado con la elaboración de conductas emocionales". Delgado y Mora (1998) complementan dos acepciones a este concepto: Primero se puede considerar como un fenómeno interno, personalizado y difícil de comunicar a otros miembros de la misma especie (subjetivo). Este componente interno en los humanos adquiere un aspecto adicional de carácter cognitivo con los sentimientos (el aspecto consciente de las emociones). En segundo lugar la emoción se expresa como un fenómeno externo, conductual, que sirve de señal a miembros de su especie o aquellos con los que se relaciona" (Diccionario de Neurociencia de Mora y Sanguinetti (2004) en Mora, 2013: 2-3). Para Damasio (2006) las emociones son "acciones o movimiento", a veces externas, visibles para los demás dado que se producen en la cara, en la voz, en conductas específicas y "se representan en el teatro del cuerpo", en cambio los sentimientos están siempre escondidos y se "representan en el teatro de la mente". Los comportamientos que constituyen una emoción se pueden examinar a simple vista de manera objetiva y con un montón de investigaciones científicas (Damasio, 2006: 32). Para Morgado, las emociones son respuestas fisiológicas y conductuales múltiples y coordinadas de un mismo organismo, algunas de las cuales, como las posturas y los movimientos, son visibles para los observadores externos, mientras que otras, como la liberación de hormonas o los cambios en la frecuencia cardíaca no lo son. En cualquier caso cuando se habla simplemente de emociones, hacemos referencia a cambios objetivos en el cuerpo, a cambios que podemos registrar, medir y estudiar científicamente. (Morgado, 2006: 231-32). Convertir la emoción y el sentimiento en objetos de investigación separados nos ayuda a descubrir porqué sentimos. (Damasio, 2006: 32).

Las emociones proporcionan un medio natural para que el cerebro y la mente evalúen el ambiente interior y el que rodea al organismo. No obstante, procesamos no solo la presencia de un objeto, sino su relación con otros y su conexión con el pasado. En estas circunstancias el aparato de las emociones evalúa de forma natural y el aparato de la mente consciente coevalúa racionalmente. La comprensión consciente del contexto y el conocimiento de las consecuencias futuras de cada aspecto de nuestro propio comportamiento, nos ayudan a decidir la supresión de la expresión natural de la emoción. Una lesión en el lóbulo frontal altera la capacidad de sentir emociones cuando el estímulo emocionalmente competente es de naturaleza social y si la respuesta apropiada es una emoción social como vergüenza o culpa o desesperación. Los daños de este tipo afectan al comportamiento normal. La simpatía evocada cuando se asiste al accidente de otra persona, así como la tristeza que corresponde a la pérdida personal de alguien, requieren la mediación de esta región. En todas las emociones, múltiples descargas de

¹⁰⁵ El sistema límbico consiste en un conjunto de estructuras que dirigen las emociones y el comportamiento y esta involucrado en la memoria y el olfato. (Biblioteca de Medicina de los EEUU: Consultado en Internet 10.8.15. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish>)

respuestas neurales y químicas cambian el medio interno, las vísceras y el sistema músculoesquelético por un periodo determinado y de un modo determinado. Las expresiones faciales, vocalizaciones, posturas corporales y patrones específicos de comportamiento (correr, quedarse inmóvil, cortejar o hacer de padres) se establecen de esta manera. Vísceras tales como el corazón y los pulmones contribuyen también, la emoción tiene que ver con transiciones y conmociones, a veces con verdaderos trastornos corporales. En relación con un estímulo inicial, *la continuación e intensidad del estado emocional se encuentra a merced del proceso cognitivo que se desarrolla* (Damasio, 2006: 57-67).

Un *sentimiento* es "la percepción de un determinado estado del cuerpo junto con la percepción de un determinado modo de pensar y de pensamientos con determinados temas" (Damasio, 2006: 86). Así, es relevante que los objetos y acontecimientos en el origen de los sentimientos se hallan en el interior del cuerpo y no en el exterior. Pocas percepciones de cualquier objeto o acontecimiento son neutrales en términos emocionales, ya sea por características innatas o del aprendizaje reaccionamos a la mayoría de objetos, quizá a todos, con emociones, por débiles que sean y los sentimientos posteriores, por tenues que sean (Damasio, 2006: 90-92). Así, categorizamos gradualmente las situaciones que experimentamos: la estructura de las situaciones, sus componentes y su significado en términos de nuestra narrativa personal. Además la calidad de los sentimientos probablemente dependa del diseño íntimo de las propias neuronas. Es probable que la cualidad experiencial del sentimiento dependa del medio en que éste se realiza (Damasio, 2006: 127-143). Los sentimientos determinan gran parte de nuestra conducta (Morgado, 2006: 14).

Damasio (2006), refiere que se ha realizado una investigación de los patrones de la actividad cerebral que tienen lugar en asociación con sentir determinadas emociones. La hipótesis que guiaba la investigación era que cuando se manifiestan los sentimientos existe una implicación importante en las áreas cerebrales que reciben señales procedentes de partes diversas del cuerpo, con lo que cartografían el estado actual del organismo. La hipótesis de que los sentimientos se hallan relacionados con mapas neurales del estado corporal, se está sometiendo a pruebas experimentales. Se sabe que la cantidad de sangre que fluye hacia cualquier región del cerebro esta estrechamente relacionada con el metabolismo de las neuronas en aquella región y el metabolismo lo esta con la cantidad de actividad local de las neuronas. En la condición de tristeza hubo desactivaciones marcadas en la corteza prefrontal (en gran medida esto sugiere una reducción de la actividad de toda la región). En la condición de felicidad, encontramos lo opuesto (una indicación considerable de actividad incrementada en la región). Dichos hallazgos encajan bien con el hecho de que la fluidez de ideación se reduce con la tristeza y aumenta con la alegría (Damasio, 2006: 96-101).

Las emociones y *valores* influyen en nuestras reacciones espontáneas, en nuestra manera de pensar, en nuestros recuerdos, en las decisiones que tomamos, en como planificamos el futuro, en la comunicación con los demás y en la manera de comportarnos. Resultan críticas para establecer el *sistema de valores*, las convicciones y los prejuicios que guían la conducta y determinan también el *comportamiento ético*. Resulta, en definitiva, imposible separar el bienestar del estado emocional de las personas. Un buen planteamiento racional puede poner fin a unos determinados sentimientos, pero es improbable que lo consiga, si no es capaz de generar otro sentimiento incompatible con el que se quiere eliminar. Esta es la clave, excluimos una emoción poniendo otra de mas fuerte en su lugar, es decir, por eso hablamos de cambiar y no de eliminar nuestros sentimientos y utilizamos la razón para cambiar nuestras emociones y la conducta que se deriva. Por eso el mal nombrado equilibrio emocional no consiste tanto en victorias o imposiciones racionales como en el *acoplamiento entre las emociones y el razonamiento*, o sea, un equilibrio entre distintos procesos mentales, para el que es procedente emplear el término *homeostasis*, según Damasio. Para que el equilibrio asumido se traduzca en bienestar, hace falta además, que los sentimientos finalmente conseguidos sean positivos, porque los negativos, como la frustración, la envidia, el odio, aún siendo justificados, pueden ser inevitables, pero pocas veces reconfortantes para quien los experimenta. Solo la inmadurez cerebral o la enfermedad pueden originar seres o comportamientos puramente emotivos o puramente racionales y solo el equilibrio emocional garantiza el bienestar de las personas. (Morgado, 2006: 14-17).

*El savi es posarà en el lloc de l'altre i n'examinarà els motius
Baltasar Gracian (aforisme 294) en Morgado (2006: 176).*

En relación con las emociones sociales y la empatía, se ha apuntado que el mundo de *las emociones sociales es fuertemente influenciado por la empatía*. Entendemos por *empatía*, la capacidad genuina que tenemos los humanos para sentir emociones en los demás, para ponernos en la piel del otro. Las diferentes emociones, son complejas y se entrecruzan haciéndonos sentir lo inexplicable. Las emociones y la empatía trastocan la percepción del tiempo rejuveneciendo a los mayores y adultos a los más jóvenes. Cuando el desarrollo del cerebro hizo a los humanos conscientes¹⁰⁶ de su propia existencia y en particular de la existencia de su propia mente, se estableció la condición necesaria para hacer también posible el conocimiento de la existencia de las mentes ajenas (con el tiempo se ha denominado "teoría de la mente" o simplemente, capacidad para "mentalizar", según Uta Frith). Esta es la capacidad que nos permite darnos cuenta de que las demás personas tienen también una mente, piensan, perciben el mundo, toman decisiones en base a sus propios pensamientos como lo hacemos nosotros mismos. La *cognición social*, es decir la capacidad para entender y representar las mentes ajenas y de interactuar con ellas ha sido uno de los motores de la evolución humana y de la que se ha dicho que es la principal diferencia que existe entre nosotros y otros primates. Esta capacidad es la que nos permite tener empatía, ser como un espejo que refleja los sentimientos ajenos. Las *emociones sociales* son emociones complejas que pueden basar su expresión y contenidos en otras emociones más primarias, como el miedo, la sorpresa, la alegría, o el asco y promover además conductas de interrelación entre individuos, como la *cooperación y la competencia* (Morgado, 2006: 23-45).

Construimos la empatía poniendo en marcha la misma maquinaria de las emociones reales y usamos nuestro propio cuerpo como un modelo que nuestro cerebro activa para reproducir en el cambios fisiológicos y los sentimientos ajenos (algo parecido puede ocurrir cuando soñamos). Cuando imitamos las emociones de otras personas, además de las mismas regiones de la corteza cerebral que procesan los sentimientos, se activa también una parte más anterior de la misma llamada corteza premotora, que sirve para planificar los movimientos voluntarios que realizamos. El neurocientífico italiano Giacomo Rizzolatti y sus colaboradores de la universidad de Parma hallaron neuronas en primates que se activaban inmediatamente antes de que el animal alargara su brazo para alcanzar un objeto como si fuesen neuronas que prevén o preparan los movimientos a realizar. Esto mismo sucedía cuando era el experimentador que alargaba su brazo, por eso las llamaron "neuronas espejo". Estudios de neuroimágenes funcionales permitieron conocer que ese tipo de neuronas están también presentes en el cerebro humano. Es decir cuando prestamos atención a lo que hacen otras personas, se activan en nuestro cerebro las mismas áreas que se activarían si fuésemos nosotros mismos quienes lo hiciéramos. Esto ocurre no solo cuando vemos u oímos a esas personas hacer algo, sino también cuando imaginamos o intuimos que lo hacen. La actividad de las "neuronas espejo" es por tanto un reflejo de la actividad mental relacionada con el comportamiento social de las personas, de la capacidad que tenemos para situarnos en la mente ajena, dado que no ocurre cuando vemos u oímos cosas ambientales, por ejemplo el ruido de un grifo, que no tiene que ver con mentes ajenas. Por otro lado las neuroimágenes mostraron que las "neuronas espejo" reaccionaban de manera diferente según como el sujeto interpretaba la situación, por ejemplo si la persona iba a tomar la taza de te o si iba a limpiar la mesa. Lo importante es que las "neuronas espejo" parecen implicadas en la empatía, dado que también se activan cuando los humanos observamos las sensaciones y emociones de las otras personas. Una prueba de ello es que personas muy preocupadas por los demás en un test de empatía, tenían más actividad "espejo" y estos aspectos se producen no solo en áreas de la

¹⁰⁶ *Conciencia* es el proceso por el que una mente se ve imbuida por una referencia que llamamos yo, y se dice que sabe de su propia existencia y de la existencia de objetos a su alrededor. Conciencia y mente consciente son dos términos sinónimos (Damasio, 2006: 176).

planificación motora del cerebro sino también en áreas de procesamiento de la información interoceptiva (del cuerpo y del dolor) y los sentimientos (Morgado, 2007: 41-44).

Para *potenciar las emociones* que ya tenemos, una forma conocida es a través del *condicionamiento instrumental* que consiste en el aumento o disminución de la probabilidad de que una conducta se repita cuando es recompensada o castigada. Los estímulos que suscitan las emociones sociales como el odio, la vergüenza, el orgullo o la culpabilidad suelen ser complejos y su evaluación requiere razonamientos conscientes sobre las situaciones personales y el contexto de los individuos implicados. En estos casos se produce el llamado *aprendizaje relacional*, que permite establecer *asociaciones conscientes entre la memoria y las múltiples y variadas informaciones implicadas en una determinada situación*. Este tipo de aprendizaje puede asociarse a sentimientos negativos ya existentes como por ej. la envidia (condicionamiento clásico) y potenciarse cuando esa situación sea gratificada (condicionamiento instrumental). De esta forma emociones pasajeras pueden acabar convirtiéndose en prejuicios muy consistentes y duraderos, incluso resistentes a desaparecer cuando no están justificados. Hoy sabemos que en ese proceso intervienen numerosas sustancias químicas fabricadas por las propias neuronas que aumentan las conexiones entre ellas y favorecen la asociación de estímulos varios, procesados en diferentes partes del cerebro. (Morgado, 2007: 55-57).

Emociones, razón, memoria, aprendizaje y creatividad. La *memoria* humana es selectiva. Solo registra aquello que tiene un significado especial para nosotros ya sea porque nos gusta y reconforta o todo lo contrario, porque nos desagrada y disgusta. Santiago Ramón y Cajal con recursos precarios, al mirar trozos de cerebro de animales distinguió pequeños y abundantes brotes que parecían minúsculas espinas que rodeaban las prolongaciones de las neuronas. Su genial intuición le hizo pensar que estos brotes surgían cuando aprendemos y que podrían ser parte de la manera de cómo las neuronas almacenan memorias. No estaba equivocado, los modernos microscopios han permitido constatar que en las proyecciones de las neuronas surgen también minúsculos brotes, hoy día denominados espinas dendríticas (las dendritas son las prolongaciones ramificadas que surgen del cuerpo central de las neuronas), que sirven para que cada neurona se acople a otras neuronas para comunicarse con ellas, en experimentos en roedores se han observado brotes de nuevas espinas después del aprendizaje. Así, las emociones potencian el proceso cerebral de formación de la memoria que se acaba de describir. Con la información de una noticia se une en nuestro cerebro la reacción emocional que suscita (Morgado, 2006: 104-106).

Las emociones tienen "poder racional" porque dirigiendo la atención hacia aquello que importa y potenciando la comunicación social facilitan considerablemente el razonamiento. Sin embargo, cuando las emociones llegan a la cima de su poder es cuando influyen, según algunos autores, de forma determinante en el *análisis sobre las situaciones conflictivas y en las decisiones que toman las personas, especialmente en los momentos críticos de su vida*. Cuando esta influencia se altera o desaparece, es decir, la emoción se desconecta de la razón, los individuos se vuelven torpes, cambia su personalidad y se compromete su destino. Es el caso de pacientes que tienen dañado el cerebro frontal y tienen alteraciones de su conducta emocional y social (son individuos que no respetan normas y convenciones, toman decisiones que no les benefician y se comportan como gente desinhibida que no controla sus impulsos emocionales, por ej. gestos obscenos). El equipo de Damasio ha observado que las lesiones del lóbulo frontal del cerebro alteran especialmente la capacidad de las personas para sentir emociones sociales como vergüenza, culpabilidad y orgullo, etc. y aún pareciendo que conservan una inteligencia normal, muestran razonamientos incorrectos y errores en la toma de sus decisiones (Morgado, 2006: 129). Así todo hace pensar que estas partes del cerebro frontal hacen posible que las emociones y los sentimientos penetren en el razonamiento, haciéndolo más fluido y ayudando a tomar decisiones más convenientes en situaciones conflictivas. Ming Hsu y colaboradores del Instituto Tecnológico de California han observado que *cuando más grande es la ambigüedad a la que se enfrentan las personas, como cuando se percibe riesgo, su reacción es de miedo, incitando a frenar la respuesta*. No obstante cuando no hay equilibrio entre razón y emoción se puede controlar la conducta e incitar a cambiarla. Para Damasio, las emociones son un componente imprescindible, añadido a la maquinaria de la razón (por

ejemplo favorecen una forma automática y rápida de calcular costes y beneficios de cada posible acción). En cuanto a la *innovación*, psicólogos como Joseph Flanders de la universidad MC Gill de Montreal, especialistas en conocimiento reciente sobre la naturaleza biológica de las emociones, creen que la creatividad es el resultado de combinar la mente del creador con elementos del conocimiento preexistente. No es de extrañar entonces, que las emociones positivas estimulen la creatividad, ya que a diferencia de las negativas que concentran la atención en la preocupación, las emociones positivas levantan el humor y hacen que las personas presten atención en más cosas, lo cual aumenta la probabilidad de relacionar y asociar elementos diferentes. Se ha comprobado además, que el humor positivo incrementa la flexibilidad mental de las personas, aumentando de esta manera su potencial heurístico. Algunos estudios han observado que cuando más positivo es el humor de una persona, mas grande es su creatividad en el trabajo. Hasta la empatía es importante para la creatividad. El autor cita a Mike de Sousa director de una web (AbleStable) que estimula y da soporte a la creatividad, dice que sin empatía el producto creativo suele ser mas pobre y que el valor emocional es clave para el éxito (Morgado, 2006: 99-145).

Moral, emociones, sentimientos. La *moral* se ha planteado como el consenso de maneras y costumbres de un grupo social o la inclinación a comportarse de una determinada manera y no de otras. Esto afirma Jordan Grafman y un equipo de científicos norteamericanos y brasileños, para los cuales la moral *emerge de una integración de conocimiento social y semántico* [integración de significados y entendimientos] *y estados motivacionales y emocionales* representados en zonas de la corteza cerebral (prefrontales y temporales) y otras estructuras subcorticales (como la amígdala¹⁰⁷). En general las *emociones morales como la culpa y el arrepentimiento son el resultado de la interacción entre valores* (como ser buen padre o pagar impuestos) y no huir de elementos de la situación social. Con frecuencia se producen en respuesta a violaciones o situaciones forzadas de las preferencias y expectativas sociales. Todas las emociones morales son emociones sociales pero no todas las emociones sociales representan valores morales. Los científicos estudian la moral para conocer sus mecanismos cerebrales y mentales, sin asumir la existencia de valores morales absolutos. Según esta aproximación *se constata la dificultad para construir valores morales sin el concurso de las emociones*, es decir parece difícil que el cerebro racional sea capaz de suprimir completamente la respuesta emocional para abstraer así el razonamiento moral. Cada persona va generando a lo largo de su vida un convencimiento de aquello que es bueno y que es malo de lo que esta bien y de lo que no. Esta catalogación se comienza a establecer durante la primera infancia y tiene siempre una base lógica según el pensamiento de quien la instruye, pero *solo se afirma de manera consistente si a cada valor se le asocian sentimientos positivos y negativos*. De la misma manera un padre que despierta sentimientos de satisfacción en su hijo que ayuda a otro niño, estará marcándole positivamente el valor de la *solidaridad*. Y cuando la violencia y la solidaridad hayan adquirido su valor respectivo en esta persona, *servirán a la vez para establecer marcas o valoraciones similares en todo lo que se les pueda asociar. Así sucesivamente el procedimiento es universal para inculcar ideas o principios prácticos o morales* desde la educación en sus distintas facetas. Por tanto resulta crítico que el instructor (en este ejemplo el padre) recurra a experiencias emocionales anteriores de quien es instruido porque de esta manera resulta mas fácil inducir una emoción negativa y crear un sentimiento de culpabilidad que se opone a la conducta violenta. De esta forma en el futuro el niño en una circunstancia parecida podrá experimentar aquel mismo sentimiento y esto determinara su conducta, probablemente como en la situación original. Para Antonio Damasio "*la emoción determina la respuesta de un dilema moral*" con ello, lo que se pone en duda es la opinión filosófica de que las decisiones morales se basan o tendrían que basarse en un razonamiento puro. Damasio insiste en que este puede ser un efecto colateral del funcionamiento de los sistemas que han evolucionado para regular otros aspectos mas primarios del organismo (Morgado, 2006: 148-155).

¹⁰⁷ Amígdala cerebral humana es el conjunto de núcleos de neuronas ubicados en la profundidad de los lóbulos temporales. Forma parte del sistema límbico y se ocupa del procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales.

Razón y sentimientos. No podemos dejar de sentir o de sufrir simplemente porque queramos que así sea, mientras que sí que *podemos dejar de pensar en alguna cosa cuando queremos*, si no es que esta cosa este asociada a una poderosa emoción. *En cualquier momento podemos dirigir el pensamiento hacia aquello que nos interesa*, es decir, controlamos en gran medida el razonamiento sobre una situación, pero tenemos un control directo muy pobre sobre nuestras emociones. Hay alguna manera de controlar eficazmente los sentimientos aunque esta *no consiste en tratar de evitarlos* ni esperar hasta que el tiempo los disipe. Así no les ganaremos nunca. Sin que siempre sea fácil, podemos utilizar la razón para *cambiar los sentimientos reinterpretando las causas, generar nuevas y más poderosas emociones que destierren las indeseables.* La razón sirve, especialmente para generar empatía, para ayudarnos a comprender a los demás y hacernos sentir sus emociones de la misma manera como sentimos las propias emociones y esto constituye un poderoso mecanismo cognitivo que crea vínculos interpersonales, mejora las relaciones humanas y ayuda a soportar las situaciones difíciles. El *cerebro emocional domina el sistema nervioso autónomo al margen de la voluntad*, pero *en cuanto a la conducta* explícita (hablar, gesticular, agredir, etc.), *topa con el rival de la corteza cerebral y de esta forma la voluntad, puede intentar impedir que determinadas respuestas se produzcan cuando no son convenientes.* También es cierto que cuando se reprime la expresión de las emociones, la procesión continua por dentro, es decir no se reduce el sentimiento, que hasta puede aumentar. Los dos contrincantes pueden ganar razón y emoción, depende, dado que también intervienen factores de personalidad así como la experiencia y la inteligencia emocional de los individuos. La capacidad de afrontar y regular las emociones y los sentimientos es muy importante para la interacción social, la salud mental y el bienestar de las personas. En los humanos, gran parte de la vida emocional es generada por percepciones o pensamientos e imaginación, incluyendo creencias, suposiciones y prejuicios. Por eso, los hábitos mentales para generar emociones son críticos en nuestra vida, por lo que aparte de aprender a comportarnos de otra forma cuando conviene hacerlo, interesa también superar nuestras inercias mentales cuando se trata de sentirnos mejor (Morgado, 2007: 159- 170). En suma, según Damasio "la comprensión de la neurobiología de la emoción y de los sentimientos es clave para la formulación de principios y políticas capaces tanto de reducir las aflicciones como de aumentar la prosperidad de las personas" (Damasio, 2006: 12).

Inteligencia emocional: Concepto y principales referentes. Los contenidos planteados en este apartado de emociones dan a entender, según apunta Morgado, (2006:183) que es difícil relacionarse satisfactoriamente si se dejan de lado las emociones y los sentimientos. Saber tratar las emociones es parte importante de la inteligencia emocional (IE); supone además comprender y considerar los sentimientos de los demás, como parte crítica de la inteligencia emocional y social. Por *inteligencia social* se entiende "la capacidad de un individuo para relacionarse de manera satisfactoria con los demás, generando vínculos y cooperación y evitando conflictos" (Morgado, 2006:183). El concepto de inteligencia emocional apareció por primera vez en 1990, a través de los psicólogos norteamericanos John Mayer y Peter Salovey, mediante un artículo publicado en la revista *Imagination, Cognition and Personality*. Ellos plantean la IE como la "capacidad de validar la razón con emociones y utilizar las emociones para mejorar el razonamiento" (Morgado, 2006:184). A partir de 1995 fue Daniel Goleman también psicólogo y periodista de EEUU, quien popularizó el concepto, proponiendo un modelo ampliado de Mayer y Salovey. Estos critican de Goleman el hecho de que propone para la IE aspectos atribuibles a la inteligencia general, sin que se relacionen directamente ni con la emoción ni con la inteligencia. Goleman propone un modelo mixto donde aparecen capacidades de IE con rasgos de la personalidad, por ej. el trabajo en equipo y la colaboración o la iniciativa y la motivación por la adquisición de resultados, sin que, según Morgado, esté claro que tenga que ver con la emoción y la inteligencia. Su éxito en EEUU fue muy grande, siendo portada de la prestigiosa revista *Times* con grandes titulares. En 1997 el neuropsicólogo de la Universidad de Texas Reuven Bar-On, propone una prueba que según Morgado (2006: 202) se ha mostrado útil para detectar niveles de inteligencia emocional, donde se exploran características intrapersonales e interpersonales, afrontamiento del estrés, adaptabilidad a situaciones y humor en general, mediante un cuestionario de 133 ítems. Estas pruebas junto con otras exploraciones han sido pasadas a personas con daño cerebral mediante las cuales se han podido realizar controles y contrastes de medición. No obstante, para superar dificultades Mayer y Salovey en 1997 proponen un nuevo modelo unitario que define la *inteligencia emocional* como: "la

capacidad de identificar lo que la gente siente, utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, comprender las causas de las emociones e incluir y hacer servir las emociones para alcanzar las decisiones optimas" (Morgado, 2006: 185). Este modelo no incluye características de la personalidad como la iniciativa o la motivación para alcanzar metas. Para Mayer y Salovey, la IE es una parte, un rasgo mas de la personalidad humana. Mas recientemente, David Caruso y Peter Salovey han propuesto un modelo de IE para directivos basado en este mismo planteamiento. Tambien en esta misma linea Mayer, Salovey y Caruso, desarrollan en 2004 un nuevo test (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Tests: MSCEIT, tests, 2004), donde se suprimen preguntas del anterior y el sujeto tiene que valorar como tratar una determinada situación. Finalmente en España dos psicólogos de la Universidad de Málaga, Pablo Fernández y Natalio Extremera trabajan sobre el tema y han colaborado junto a investigadores internacionales como por ej. los mismos Mayer y Salovey. La UB ofrece postgrados y Jornadas sobre IE con la direccion del Dr. Rafael Bisquerra.

Al margen de discrepancias, los expertos en general, coinciden en el hecho de que la IE es la capacidad de una persona para utilizar de forma provechosa las emociones propias y ajenas. Aunque la expresión se pueda relativizar, Morgado apunta que es realista y fácilmente inteligible. El prototipo emocionalmente inteligente es generalmente "una persona abierta, alegre, afectuosa y expresiva" (Morgado, 2006: 195). De forma sintética, se propone como *persona con inteligencia emocional* "aquella que tiene capacidad para reconocer, expresar, regular, controlar y utilizar las emociones propias y ajenas para adaptarse a las situaciones, alcanzar propósitos, tener éxito y sentirse bien" (Morgado, 2006: 185). Finalmente Meyer y colaboradores insisten en que la inteligencia emocional no es más que una de las muchas capacidades deseables y una baja IE puede ser compensada por particularidades de otras capacidades destacadas que una persona pueda poseer (Morgado, 2006: 182-204).

4.4. Mantenimiento, reproducción y modificación de una realidad comunicativa en Enfermería

Constructivismo social: Berger y Luckmann "Construcción social de la realidad" (1983)¹⁰⁸

La sociología del conocimiento, se ocupa de la relación entre pensamiento humano y el contexto social en el que se origina (Pág. 17), y de lo que la gente "conoce" como "realidad" en su vida cotidiana (Pág. 31)... el poder en la sociedad incluye el poder de determinar procesos decisivos de socialización y, por lo tanto, el poder de producir la realidad (Pág. 152). Berger y Luckmann (1983)

Bajo la perspectiva del constructivismo social, un libro de destacada influencia en los estudios de comunicación es "La construcción social de la realidad", de Berger y Luckmann (1983), (Rodrigo Alsina, 2001:174) referido y se establece como referente teórico básico en la elaboración del presente estudio. Esta obra sienta las bases de la sociología del conocimiento, cuyo objeto de estudio es el conocimiento mismo en relación al contexto en el que se produce. Ello incluye la tipificación de la realidad social cotidiana, entendida de forma genérica, como realidad suprema. La sociología del conocimiento aportada por estos autores se convierte en la base de la sociología general como ciencia empírica. Entre los mayores logros atribuidos a esta obra, se le reconoce la labor de síntesis de los principales teóricos de la sociología como pueden

¹⁰⁸ Dialéctica. Los autores atribuyen y remarcan una relación dialéctica entre las realidades estructurales y la empresa humana (Pág. 229). Una aproximación a la dialéctica a partir de Heráclito, es definida como ciencia del movimiento (desde el afán de interpretar la realidad en toda su amplitud). Una particularidad es su gran complejidad, dado que la dialéctica adopta la multilateralidad de relaciones para reflexionar, analizar críticamente y alcanzar interpretaciones sintéticas (globalizadoras) de la realidad (todo esta interconectado junto al cambio continuo en esta interrelación). La dialéctica convertida en método según Kojève (1984), es atribuida a Hegel (Siles, 2011: 496).

ser Schütz, Marx, Durkheim, Weber y Mead, entre otros y su análisis del proceso de construcción de la realidad social.

La obra gira en torno a lo siguiente: los procesos de externalización son realizados a través del lenguaje usado en la interacción social de la vida cotidiana. A partir de la interacción cara a cara, la realidad objetiva de la sociedad se produce a través del doble mecanismo de la institucionalización y la legitimación, siendo interiorizado por cada individuo a través de procesos de socialización primaria y secundaria que pueden diferenciarse en la estructura social. Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana, la sociedad como realidad objetiva (que supone el análisis de la institucionalización y la legitimación), y la sociedad como realidad subjetiva (que integra la socialización primaria y secundaria) constituyen los temas de los tres capítulos de la obra, con una conclusión al final de la misma, donde señalan las aportaciones realizadas por la sociología del conocimiento a la teoría sociológica (González de la Fe, 2003: 239). Berger y Luckmann apuntan que la existencia de las fases de externalización, objetivación e internalización se producen en caracterización simultánea, fenómeno que visto parcialmente, refieren, impediría conocer esta globalidad (p 164). La abstracción de aspectos de interés para este estudio, podría ser la siguiente:

1) *Externalización*. Es la proyección de la actividad humana hacia el exterior (por la naturaleza humana indeterminada) en base a unos significados subjetivos compartidos. Esta naturaleza, favorece estabilizar su comportamiento con objeto de facilitar un orden social, a la vez que dotarla de contenidos sustantivos para la existencia (humanidad y sociabilidad van entrelazadas). En estas condiciones se produce la *interacción social*, donde destaca la experiencia de las relaciones cara a cara. De este prototipo de interacción social, derivan todos los demás casos y conforme se produce lejanía se experimenta algún grado de anonimato. Mediante esta expresividad recíproca, simultánea y continua es accesible la subjetividad del otro, que puede interpretarse con errores y donde el otro se ve como real. La subjetividad de uno mismo, accesible como nunca lo será la del otro, requiere reflexión, es decir, que uno fije la atención en si mismo. A su vez, este proceso, está relacionado con la actitud que adopta el otro hacia uno mismo. De este dinamismo, se desprende, la imposibilidad de que las relaciones cara a cara puedan pautarse, (no podría acumularse la cantidad de subjetividad que el otro puede ofrecer y generar en uno mismo), por eso la flexibilidad, es característica en este tipo de relación. No obstante, se aprehende al otro a través de esquemas tipificados, tanto en las rutinas, como en las relaciones cara a cara (ej. interpretamos que uno es asiático, y además a partir de una inferencia suya, parecía amable y pasa a mostrarse enfadado). Por eso, el esquema tipificador tiene una vigencia limitada, y además, es negociado con el otro, cuando existe este interés. Mediante estas tipificaciones la vida social, se presenta aprehendida como un *continuum* y con la concurrencia de interacciones intermedias, generará lo que entendemos como estructura social (p. 48-52).

Lenguaje. El lenguaje, es definible aquí como el sistema de signos vocales más importante de la sociedad humana. A través de sus significados, se sustentan, las objetivaciones de la vida cotidiana (se objetiva en la conciencia del otro). En las relaciones cara a cara, el lenguaje genera reciprocidad (ambos interlocutores, pueden hablar y pensar simultáneamente), cualidad que lo distingue de cualquier otro sistema de signos a la vez que posibilita (de forma continua, sincronizada y recíproca) el acceso a las dos subjetividades. Los significados del lenguaje son transportables a distintas esferas de la realidad y son definibles como símbolos (*lenguaje simbólico*), distanciándose del "aquí y ahora", como ocurre por ejemplo con la religión y el arte. Además, el lenguaje dispone de zonas "circunscritas" de significado, como son el vocabulario, la gramática y la sintaxis, que suponen esquemas de clasificación. El lenguaje propio de una ocupación u actividad, constituye un campo semántico, que ordena sus rutinas. Existe un lenguaje discriminatorio (que establece lo que hay que recordar y olvidar), así como un conocimiento de receta (por ej. saludar), por el enfoque pragmático de la vida social (p. 55-61).

2. *Objetivación*. La actividad humana se tipifica mediante la institucionalización y la legitimación. La institucionalización supone que las acciones se repiten (tipificaciones) y

permiten la simplificación de tiempo que favorece la deliberación y la innovación que a su vez volverá a quedar tipificada, etc. De esta forma se produce el cúmulo y avance de conocimiento. Mediante la legitimación, como un segundo nivel de objetivación, se mantiene y justifica el orden establecido, que da cuenta del mismo, también ante futuras generaciones. Un primer nivel de legitimación "explica" el orden institucional, un segundo nivel contiene proposiciones teóricas rudimentarias (proverbios, refranes, etc.), el tercer nivel supone cuerpos de conocimientos diferenciados (por ej. proporcionados por ancianos de un clan) y el cuarto nivel se refiere a los universos simbólicos que se concibe como la matriz de todos los significados objetivados y subjetivados socialmente, que abarcan el orden institucional como una totalidad simbólica (la sociedad histórica y una biografía se ven integrados en estos universos) (122-125) Con todo ello, la sociedad alcanza realidad objetiva, ajena a quien la ha construido, y las cosas preceden a la llegada del individuo, y aparecen ante el de la misma forma que el orden natural. A su vez, las instituciones controlan y canalizan el comportamiento humano en una dirección determinada entre otras posibles. Para ello existen pautas y sanciones definidas previamente, que favorecen la pervivencia y mantenimiento de la institución (sistema de control social), (p 76-85). También existe el conocimiento primario, "lo que todos saben" o reglas apropiadas para el comportamiento institucional. Así, se definen y construyen los "roles", de forma que cualquier desviación radical del orden institucional da lugar a algún tipo de penalización (por ej. atribuciones de status cognoscitivo inferior, o del tipo de una enfermedad mental, o ignorancia a secas, etc), y aparece como una desviación de la "realidad" y del "mundo de la verdad" dentro de la institución particular de que se trate.

Lo que en la sociedad se da por establecido como *conocimiento*, llega a ser simultáneo con lo cognoscible en un momento dado, aunque constituye el armazón para lo que se conocerá en el futuro. Este es el conocimiento que se aprende durante la socialización y que mediatiza la internalización en la conciencia individual. El conocimiento relativo a la sociedad, es, así, una realización en doble sentido: se aprehende de la realidad social objetiva a la vez que se participa de la producción continua de esa realidad. Por esto refieren Berger y Luckmann que el conocimiento esta en el núcleo de la dialéctica de la sociedad (p. 88-90). En las tipificaciones de quehaceres de cualquier orden institucional, emergen los roles, con los que el actor se identifica durante su actuación. Los roles son susceptibles de coacción por la institución y a la vez, comparten con esta su carácter controlador de la institucionalización, por eso representan el orden institucional (p.97-99). La internalización de roles comporta realidad subjetiva, por lo que el individuo tiene que penetrar en capas cognoscitivas y afectivas de conocimiento objetivado socialmente (como normas, valores, y emociones) según el rol desempeñado. A veces, al ser insuficientes las rutinas externas, hay que penetrar en dimensiones mas profundas [por ej. éticas], que atañen a ese rol. Los roles apuntan a alguna solución esencial, vinculada con la dialéctica social (p.101-103). En cuanto al alcance o modos de institucionalización, importa destacar, que en ocasiones el universo intelectual puede alcanzar tal autonomía, que se oponga a su propia base social por eso conviene remarcar, que la relación entre el conocimiento y su base social es dialéctica, ya que este es un producto social y factor de cambio social. El caso extremo sería la reificación o aprehensión de fenómenos humanos como si fueran cosas, o naturaleza, etc. la causa, sería una concepción no dialéctica de la relación existente entre lo que los hombres hacen y lo que piensan (p.111-120).

Un forma de legitimación de la institucionalización, se produce en base al universo simbólico, que es teórico y se considera una construcción cognitiva y se convierte en realidad objetiva. El mantenimiento de los universos simbólicos parte de que los individuos y grupos de individuos concretos, sirven como definidores de la realidad. A modo de totalidades, estos universos, proporcionan sentimientos de seguridad y pertenencia (ej. infundirse la creencia de vivir "correctamente" acorde con una teoría de la personalidad). Otra función legitimadora de los universos simbólicos, es la de la ubicación de la muerte. Al ser la amenaza más terrible para el individuo, cualquier orden institucional trata de "capacitarle" (mitigando su temor hacia la muerte propia o la de otros, otros significantes), para no paralizar las rutinas sociales. Por tanto, ser anómico, significa carecer de esa defensa y exponerse en soledad a un drama vital. (p.131-133). La administración de conocimiento, la organización inherente y los cuerpos especializados de conocimiento surgen como resultado de la división del trabajo. De aquí que el

acopio de conocimiento produce especialistas y estos solicitan jurisdicción propia, el problema es que al dedicarse a abstracciones intelectuales pueden alejarse del origen que les dio lugar. Finalmente, un problema de la institucionalización y habituación es que al limitar la flexibilidad inhiben el cambio social, contrario a lo que sucede con la ruptura del monopolio establecido que lo acelera. De aquí que definir el poder en la sociedad supone el poder de determinar y definir procesos decisivos de socialización y producción de la realidad (p. 149-152).

3. *Internalización.* Mediante la socialización, el individuo, asume como propia la realidad objetivada. Es desde ahí, que puede afirmarse que el hombre es un producto social, ya que este producto, forma parte del entramado de su conciencia, participando, simultáneamente, de la generación de un nuevo producto. La internalización, supone primero, la base para la comprensión de los propios semejantes y segundo, para la aprehensión del mundo. De forma más compleja, permite la "comprensión" del otro y su mundo (subjetividad del momento), que a la vez se convierte en el mundo propio. Por tanto, en esta situación, compartimos y generamos recíprocamente definiciones. Este es el proceso llamado, ontogénicamente, socialización. La socialización *primaria* sucede en la niñez, es la primera y base más importante para aprender a vivir en sociedad. Posteriormente, con la socialización secundaria, se introduce al individuo a nuevos sectores objetivos (profesionales, a través del aprendizaje roles) de su sociedad. El yo refleja las actitudes que primariamente adoptaron con el niño los otros significantes, por lo que de alguna forma, el individuo es lo que los otros significantes consideraron. Por tanto, este proceso entraña una dialéctica entre la identidad objetivamente atribuida y la que es subjetivamente asumida. De aquí que las identificaciones, se realizan dentro de los horizontes de un mundo social específico y pueden asumirse subjetivamente, solo en relación con ese mundo. La socialización primaria, que nunca es total, finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo (p. 164-169).

La *socialización secundaria* es la internalización de submundos institucionales, relacionados con la división del trabajo y la distribución social del conocimiento, aquí especializado o aprendizaje de roles, y existe en todas las sociedades conocidas. Requiere la adquisición de vocabularios específicos de esos "roles", a la vez que se generan comprensiones tácitas y valoraciones, dentro de un área institucional determinada (p.175-177). La aprehensión de roles en la socialización secundaria, comporta anonimato y es un proceso mas fugaz que la internalización en la socialización primaria. Esta fragilidad es la que justifica elaborar agregados de técnicas especiales, para infundar o producir la identificación requerida, como necesaria por la institución. La identificación con los socializadores o "prontitud para sacrificarse" por esa realidad, se considera, la consecuencia final de esta socialización secundaria (p. 184).

Mantenimiento y transformación de la realidad subjetiva. Para el mantenimiento de la realidad, el vehiculo mas importante es el *dialogo*. El aparato conversacional, en la vida de un individuo, mantiene, modifica y reconstruye continuamente su realidad subjetiva y le imprime, contornos firmes. La mayor parte del mantenimiento de la realidad, a través del dialogo es implícita, no explícita. Las definiciones del mundo provienen también de un trasfondo silencioso, que se da por establecido, y mantiene la realidad subjetiva, por la acumulación y coherencia del dialogo casual. A la vez que transforma la experiencia en un orden coherente, el lenguaje realiza un mundo en el doble sentido, de aprehenderlo y producirlo. La realidad, se actualiza mediante las situaciones "cara a cara", de forma que las objetivaciones del lenguaje, se vuelven objetos de la conciencia individual. En consecuencia, todos los que usan un mismo lenguaje, en el más amplio sentido, son otros mantenedores de la realidad. Para poder mantener eficazmente la realidad subjetiva, el aparato conversacional debe ser continuo y coherente. En cuanto se produce algún quebrantamiento en su continuidad y coherencia, se plantea *ipso facto* una amenaza a dicha realidad. Dichas amenazas, pueden ser paliadas con otros medios (ej. cartas, e-mails, etc.), aunque su fuerza generadora de realidad es inferior a la de diálogos cara a cara. Así, en situaciones de crisis, los procedimientos son los mismos que para el mantenimiento de rutinas, excepto que las confirmaciones de realidad, tienen que ser, explícitas e intensivas [ej. soporte social adicional, provenga o no de un profesional]. De lo dicho se desprende, que la realidad subjetiva nunca termina de socializarse, ya que el cambio es continuo (p. 187-195)

Internalización y estructura social. La socialización, siempre se efectúa en el contexto de una estructura social determinada y en el contenido y grado de éxito, intervienen condiciones estructurales, cuyo análisis, es necesario para su comprensión. Una "socialización exitosa" supone un alto grado de simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva. Inversamente, la "socialización deficiente", se interpreta, como la asimetría existente entre la realidad objetiva y la subjetiva. Ambos casos tendrán efectos concomitantes en la identidad. Dicho de otro modo, en la socialización exitosa, todos, en gran medida, son lo que se supone que han de ser (p.205-215). Un resumen de los aspectos mas destacados de la obra pueden observarse en las Tablas 4.7 y 4.8.

Finalmente en torno a las interpretaciones sobre la aportación del constructivismo, según se comenta a propósito de la perspectiva interpretativa en el apartado anterior de este mismo marco teórico del presente estudio (donde se comentan también sus aspectos críticos), el constructivismo, similar al caso de la perspectiva interpretativa, supone un cambio de concepción en la comunicación, puesto que considera que lo fundamental es la producción de sentido, a partir de la interacción social, donde el lenguaje es la herramienta que la posibilita a través de la comunicación (a diferencia de la teoría matemática de la comunicación, que se preocupa únicamente de la trasmisión de la información y no del significado). (Según Pearce 1994:271-273),(citado por Rodrigo Alsina 2001: 178-179).Las discrepancias giran también en torno al lenguaje. Mientras unos afirman que no hay nada fuera del lenguaje (vivimos inmersos en el), otros, como Pearce (1994:273-276), indican que, el lenguaje impregna a la totalidad pero no es la totalidad. Al respecto Pearce (1994:276-280) señala que todo acto es co-construido en interacción social con los otros, lo que le conduce al empleo de la expresión "construccionismo social". (Según Pearce 1994:271-273), (citado por Rodrigo Alsina 2001: 178-179).

El interés para este estudio se comenta también a propósito de la perspectiva interpretativa en el apartado anterior de este mismo marco teórico, sin embargo aquí se presta atención específica al caso de la producción, mantenimiento y reproducción de la realidad. El interés y la utilidad de la obra de Berger y Luckman (1983), ha sido un soporte esencial para inspirar y guiar el hilo conductor de esta investigación, así como para reforzar la relevancia de la socialización que atañe a este trabajo (socialización secundaria en enfermería, en su faceta comunicativa). A través de su aportación en torno a cómo el conocimiento incide en la construcción social de la realidad: procesos de objetivación (externalización, institucionalización y legitimación) y de subjetivación (socialización primaria y secundaria) se pone de relieve la centralidad del lenguaje y de la relación cara a cara a efectos de la construcción de dicha realidad, fenómenos que inherentemente posibilitan la mirada y el énfasis en la relación interpersonal. La comunicación cara a cara, como abstracción diferencial en el *continuum* de la interacción social, es la esencia de este estudio, contextualizada en la relación enfermera paciente en el ámbito asistencial de los cuidados de salud. Se trata de una modalidad comunicativa, cuya enseñanza convencional ha sido más bien impartida a través de modalidades teóricas descriptivas o prescriptivas, por eso el detalle con que los autores narran las interacciones cara a cara, desde la influencia fenomenológica, es una modalidad reveladora para comprender elementos interpretativos de la intersubjetividad en este tipo de encuentros cara a cara.

A partir de aquí, los autores introducen aspectos, que formando parte de esa realidad, posibilitan su articulación en un "todo coherente" a nivel social y es en alguno de estos aspectos que también encuentran explicación compatible facetas concretas de este estudio. Es el caso, de la afirmación de que ante situaciones de crisis, la realidad subjetiva está especialmente amenazada, ante la cual se necesita intensificar con coherencia el dialogo cara a cara (p. 195), (fuerza que no tienen otros medios como por ej las cartas). Para el caso de este estudio, tal afirmación, permite inferir resultados lesivos en la subjetividad del paciente y sus familias (agudizados ante la enfermedad grave), ante las experiencias de falta de comunicación por parte del personal que les cuida, en este caso enfermeras. En cuanto a la socialización secundaria como proceso (al que se dirige este estudio), los autores afirman que la fragilidad de su internalización (en contraste con la mayor consolidación de la socialización primaria), puede justificar la agregación de contenidos o intensificación de técnicas especiales, para favorecer el nivel de internalización requerido en el rol o perfil profesional al que se aspira, para dar la solución requerida a algún problema. Seria el caso de la propuesta contenida al final de este estudio.

Por otro lado, entre las institucionalizaciones instauradas socialmente, los autores mencionan el caso de la muerte, como situación que causa ansiedad extrema a los individuos, para los cuales la sociedad les capacita (por ej. a través de rituales) para que no les imposibilite seguir con su funcionamiento de rutina (p. 131). Sin embargo, también se apunta como una de las más importantes situaciones con riesgo de ruptura en la realidad (p. 195). Esta cuestión, es contemplada desde la óptica de este estudio. Lo que aquí emerge, es que al ser la muerte un tabú en nuestra sociedad (De Miguel, 1995: 111), o se la deja de lado en favor de valores que ensalzan la "eterna" juventud (Alvaro Estramiana, 2003: 308), estos valores no solo impregnan a los jóvenes estudiantes (y a los individuos en general), sino también a quienes les forman. En consecuencia, más dedicación específica durante la socialización enfermera, podría ser una de las causas que intervengan en la falta de comunicación enfermera con los pacientes graves y sus familias, según evidencias que se aportan este estudio. Así, este podría ser uno de los agregados necesarios en esta socialización, según se demanda también desde la misma profesión, a través de distintos estudios aportados. Dicho en otras palabras, la ausencia de una pedagogía de la muerte en nuestra sociedad, se vuelve más acuciante cuando el problema afecta a quienes tienen que cuidar a otros, sin tener su propio problema resuelto, con lo cual nadie sale beneficiado y todo el mundo sale perjudicado, especialmente quienes más sufren, el enfermo y su familia. Los autores ratifican que el conocimiento es un producto social y también factor de cambio social en respuesta a los requerimientos de la sociedad y en este sentido se aportan las reflexiones y propuestas contenidas en este estudio.

Mantenimiento, reproducción y modificación de la realidad comunicativa en enfermería.

El mantenimiento y reproducción de la realidad, según la propuesta de Berger y Luckmann (1983) se ha aludido anteriormente. Para producir cambios sociales, según los autores, es necesario generar rupturas con lo establecido en cuanto a la tradición en la administración de conocimiento. Sin embargo, en el análisis del fenómeno que nos ocupa, lejos de tratarse de una ruptura, se trata más bien de una actualización o cambios sobre el modo de enfocar los conocimientos de comunicación en la socialización enfermera, necesidad que pueda dar respuesta a la normativa vigente cuyos aspectos se abordan en la propuesta de este estudio.

4.5. *Cómo armonizar significados*

En base a la problemática en la que se centra el presente estudio (construcción de una modalidad de competencia comunicativa para la formación de enfermeras, con particular interés en el paciente grave y su familia) y la complejidad del tema, se realiza un intento para armonizar significados, en consideración a: 1) Orientaciones normativas (Orientaciones específicas de la relación asistencial según la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, Legislación concerniente a la formación universitaria en España, Competencias transversales a adquirir por los graduados de la Universidad de Barcelona, Competencias específicas del grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería de la UB). 2) Recomendaciones formativas en comunicación para profesionales de la salud procedentes de organismos internacionales (OMS, Consejo Internacional de Enfermería: en esencia comunicación y trabajo en equipo). 3) Conceptos nucleares vigentes en torno a la asistencia en salud (Modelo biopsicosocial y Modelo de Atención Centrada en el Paciente). 4) Aportaciones de la neurociencia (potenciación de la empatía). 5) Derivaciones de publicaciones revisadas (tanto para solucionar problemas existentes como para favorecer la formación): Mindfulness (técnica traducida como "atención plena" favorecedora de comunicación y reducción del estrés). 6) Derivaciones de publicaciones revisadas (tanto para solucionar problemas existentes como para favorecer la formación): Prosocialidad (potenciación de valores, como requisito competencial y favorecedor de buenas prácticas en comunicación).

Ley 41/2002 de Autonomía del paciente (o LAP). Se toman en cuenta los aspectos jurídicos que en nuestro país enmarcan la relación asistencial en salud y a los que debe dar respuesta la enfermera. Se trata de los aspectos integrados en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente (o LAP). Estos aspectos se caracterizan por el respeto a la *dignidad, autonomía e intimidad del paciente*, así como por hacer comprensible el *lenguaje acomodado al entorno cultural del paciente* y poder pactar con el un posible consentimiento informado. En resumen se trata de comprender y dar respuesta a la *subjetividad del paciente* en lo referente a su problema de salud. Estos aspectos se abordan en otros apartados de este estudio y en especial en el titulado: La relación asistencial según la Ley 41/2002 (dentro de 4.3. Comunicación y salud).

Legislación concerniente a la formación universitaria en España. Se trata del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 161, 3.07.2010 (Modificado por el RD 861/2010 de 2 de julio) y también Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES). Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm. 185, 3.8. 2011. Del conjunto de la información aportada por esta legislación, para los efectos de este apartado se abstraen notables cambios pedagógicos en relación a: la *enseñanza-aprendizaje recae fundamentalmente en el estudiante* con el soporte del profesorado; *estructura competencial* (conocimientos, habilidades y actitudes) avalada por créditos ECTS. En cuanto al MECES, se toman en cuenta los *descriptores para el nivel de grado*, que concierne a este estudio.

Competencias básicas o transversales a adquirir por los graduados de la Universidad de Barcelona. La selección de competencias básicas o transversales que realiza la UB está en consonancia con las normas dictadas al respecto por la legislación universitaria vigente (apartado anterior) y busca la coherencia con la *formación integral que se pretende en esta universidad y los valores que se le asocian*. Son las siguientes: Compromiso ético, Capacidad de aprendizaje y responsabilidad, Trabajo en equipo, Capacidad creativa y emprendedora, Sostenibilidad y Capacidad comunicativa. En suma se pretende una formación amplia con inclusión de actividades que fomenten la reflexión, el contraste y la implantación de buenas prácticas, en concordancia con los valores que quiere fomentar la Universidad de Barcelona. (UB, 2008-b:5-7). Para los efectos de este estudio cobran especial importancia la *Capacidad comunicativa, el Compromiso ético y el Trabajo en equipo*. (Este apartado se desarrolla más ampliamente en 2.4. EEES, grado de enfermería y competencia comunicativa y posteriormente en la propuesta final del estudio: Competencia comunicativa para los estudios de grado de enfermería).

Competencias específicas del grado: Escuela de Enfermería de la UB. En base a la integración de los requerimientos de la normativa universitaria vigente, la Escuela de Enfermería de la UB se basa en los ámbitos competenciales definidos por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2003), que son los siguientes: 1) Práctica profesional ética y legal, 2) Prestación y gestión de cuidados, 3) Desarrollo profesional. Los ámbitos indicados van encaminados a la consecución de un *graduado en Enfermería con perfil generalista* que ha de adquirir una formación científica y humana, con capacidad suficiente para *identificar, valorar, actuar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas o enfermas, de las familias y de la comunidad*. Las competencias específicas de enfermería planteadas, se basan en la definición funcional de enfermera aprobada por el Consejo de Representantes Nacional del Consejo Internacional de Enfermería, cuyo contexto se establece en la asistencia primaria o domiciliaria y hospitalaria. Así mismo, en dichos contextos se toman en cuenta las situaciones comunes en las que se desenvuelve el trabajo de la enfermera, según plantea el CIE, 1987 (en CIE, 2003).

Orientaciones formativas de organismos internacionales: OMS, CIE

OMS. Se toman en consideración las orientaciones de la OMS para la formación de profesionales de salud y en especial para enfermería. En esencia, la OMS promulga la formación *transformadora, competencial* (OMS 2009: 15-28), (OMS, 2001: 3-11), establecer *la atención centrada en el paciente* promoviendo la *confianza*, un enfoque interprofesional de la educación y la práctica (OMS 2009: 15-28) y el *trabajo en equipo* OMS (2013: 17-45), (OMS, 2010: 38), (OMS, 2001: 3-11) y todo ello con la máxima calidad asistencial posible en el contexto de la *seguridad del paciente*. Para todo ello, entre otros aspectos, insiste en la necesidad de la formación en comunicación (OMS, 2001: 3-11). (Según se desarrolla dentro del apartado 4.3. Comunicación y salud)

CIE. En la línea indicada para la OMS, remarca impulsar el funcionamiento eficaz del *trabajo en equipo, la formación competencial y el enfoque multitarea* en el ámbito de la atención a la salud. Relaciona la competencia con los resultados que obtiene una persona en su trabajo y ocupación (CIE, 2001: 13), así como con el producto final que tiene que obtener el estudiante en sus estudios (EUI-UB, 2007), (CIE, 2003: 7-42). (Este apartado se desarrolla más ampliamente en 2.4. EEES, grado de enfermería y competencia comunicativa y también en el apartado 4.3. Comunicación y salud).

El trabajo en equipo, es una competencia aparte de la competencia comunicativa. Sin embargo su relevancia y estrecha vinculación, dado que la comunicación se apunta como uno de sus principales problemas (To err is Human: Building a safer health System en IOM 1999 citado por Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-319), (American Association of Critical Care Nurses, 2005)(citado por Xyrichis & Ream, 2008: 233), (Singh et al. 2007)(citado por Chakraborti, Boonyasai, Wright, Kern, 2008: 846-853), hace que se aborde como elemento metateórico a contemplar en la armonización de significados en este estudio. A la vez, por parte de la OMS y el CIE según se ha indicado, es destacado también el requerimiento del trabajo en equipo para enfermería, en especial en relación con la seguridad del paciente (IOM, 2001)(citado por Kalisch, Xie, Ronis, 2013: 405-413), por lo que se contempla esta necesidad y se plantea a continuación.

En torno al *concepto de trabajo en equipo* Katzenbach, Smith (1993) lo definieron como "un pequeño número de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, de cuyo rendimiento, metas y enfoque son mutuamente responsables" (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 319). Se trata de la modalidad de trabajo más recomendada por organismos internacionales como la OMS y el CIE, según se indica en el apartado anterior. Igualmente, forma parte del encauce educacional orientado por el EEES y el proyecto Tuning (2003: 105) y es competencia transversal o básica implementada para las titulaciones de la Universidad de Barcelona, donde se define como: "Capacidad de colaborar con los demás y de contribuir en un proyecto común. Capacidad de colaborar en un equipo interdisciplinario y en equipos multiculturales" (UB, 2008: 6). Sin embargo, aunque la investigación sobre el trabajo en equipo ha ido progresando desde la década de los años 70, es mucho más reciente el caso de esta competencia (Torrelles, Coiduras, Isus, Carrera, Paris, Cela (2011 : 330), que según se ha indicado, ha recibido mayor impulso desde la implementación del proceso de Bolonia en los estudios de educación superior. En general, el gran cambio que han experimentado las organizaciones a lo largo de los últimos años ha favorecido el impulso de una manera de trabajar más colaborativa y cooperativa (Torrelles, Coiduras, Isus, Carrera, Paris, Cela, 2011: 330) y de aquí el aumento de investigaciones según Goodwin, Burke, Wildman y Salas (2009) orientadas a métodos y teorías para conocer la eficacia de los equipos, si bien autores como Rico, Alcover de la Hera, Tabernero (2010: 48) apuntan que según Weingart y Cronon (2009) la dispersión teórica y metodológica ha dificultado la integración y consolidación de los resultados obtenidos y al parecer según recogen Rico et al (2010) de Salas y Wildman, (2009) y (Wingart, Cronon, 2009) se está todavía lejos de tal integración (Rico, Alcover de la Hera, Tabernero, 2010: 48).

En el ámbito de la salud, el trabajo en equipo es un foco esencial en la asistencia sanitaria. Ha sido determinante el impulso procedente del Institute of Medicine (IOM) de

Estados Unidos, a través de su informe *To err is Human: Building a safer health System* en IOM (1999), (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-319) y también documentos posteriores han defendido esta formación para los equipos de salud eficaces (IOM, 2000, 2001). En el trabajo de seguimiento de la seguridad del paciente el IOM (2001) indicó claramente que las enfermeras son indispensables para dicha seguridad (Kalisch, Xie, Ronis, 2013: 405-413). Dado que la seguridad del paciente forma parte de una alianza mundial promovida por la OMS, el trabajo en equipo ha sido potenciado en múltiples países, por ej. en el Reino Unido a través del National Health Service (NHS) (Department of Health, 2000) se afirma que las formas jerárquicas anteriores deben dar paso al trabajo en equipo, más flexible y en todos los profesionales de la salud. Otra publicación posterior del IOM (2004) insiste en que el pobre trabajo en equipo entre profesionales de la salud dificulta la adecuada prestación de atención segura al paciente y dicha propuesta es de nuevo apoyada por el Departamento de Salud del Reino Unido (National Audit Office, 2005) (Xyrichis & Ream, 2008: 233). A partir del referido informe del IOM (1999), se apunta que las tasas de errores en salud se establecen entre el 70-80% y se indica que son causadas por factores humanos asociadas con la falta de comunicación y la comprensión en el equipo (Xyrichis & Ream, 2008: 233) o también a la inexistencia o disfuncionalidad del trabajo en equipo (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-319) y se consideran prevenibles (Xyrichis & Ream, 2008: 233). Por su parte, la American Association of Critical Care Nurses (2005) informa que el 60% de las equivocaciones en la medicación son causadas por errores en la comunicación interpersonal. Hallazgos similares y llamadas al respecto de la atención médica (Wilson et al 1995, Chaboyer y Patterson, 2001) se han encontrado también en Australia, convirtiendo este tema de interés internacional (Xyrichis & Ream, 2008: 233). Se argumenta claramente que el trabajo en equipo favorece la calidad de la atención y la seguridad del paciente y reduce la carga de trabajo que causa desgaste entre los profesionales de la salud.

Sin embargo, el trabajo en equipo carece de instrucción precisa tanto para el ámbito asistencial como para el docente, siendo un nuevo concepto sobre el que pesa una tradición formativa individual. En otros entornos ajenos al contexto de salud (como la aviación comercial, ámbitos militares, las luchas contra incendios y actuaciones policiales de respuesta rápida) el trabajo en equipo cuenta con experiencias que evidencian su efectividad para que los individuos cometan menos errores, especialmente en los casos de alto riesgo. Dichas evidencias ajenas al contexto de salud han sido una fuente de conocimiento teórico para facilitar la comprensión de las dinámicas del trabajo de equipo en situaciones de urgencia para el ámbito asistencial sanitario y de formación en salud, aparte del ámbito empresarial del que también se conocen experiencias. Si embargo las diferencias entre dichos contextos, hacen que no se trate de experiencias trasladables, sino que cada ámbito tiene sus peculiaridades. En el caso asistencial sanitario, el trabajo en equipo cuenta con experiencias procedentes de ciertos ámbitos específicos de la salud, relacionados con las crisis asistenciales como es el caso de los equipos de anestesia, los equipos quirúrgicos o de trauma, parto y nacimiento (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-319). Sin embargo, según Cott (1998), Thomas et al. (2003), Macario et al. (2006) parece que los profesionales de la salud pueden tener diferentes puntos de vista sobre el significado del trabajo en equipo. Por ejemplo, Rafferty et al. (2001) lo apuntan en términos de promover la autonomía de las enfermeras y mejorar los resultados del paciente. Citan que Borrill et al. (2000), refieren su utilidad para facilitar la toma de decisiones y mejorar la atención, mientras que otros autores como Baggs et al. (1999) refieren la mejora de la satisfacción laboral y la retención del personal. También se ha aludido que los médicos han relacionado el trabajo en equipo con la subordinación de las enfermeras, mientras que las enfermeras lo han visto como una manera de influir directamente en la atención al paciente y como una forma de mejorar el estatus. (Xyrichis & Ream, 2008: 232-234). Kirkman y Rosen (2000) tras estudiar 100 equipos en 4 organizaciones, describieron la asociación entre el empoderamiento y la eficacia del equipo. Para ellos los equipos habilitados comparten cuatro experiencias: la potencia, la pertinencia, la autonomía y el impacto, destacando la relevancia de creer en las capacidades de unos miembros con las de los demás (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 319-320). Por otro lado, es importante la valoración de la eficacia de un equipo, lo cual requiere evaluar tanto el proceso (interacciones del equipo) como los resultados (o logros). Simultáneamente se requiere la disponibilidad de los miembros para participar en un proceso de autoanálisis y evaluación del equipo. Estos aspectos son fundamentales para la eficacia y la

satisfacción del equipo (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 320). En conjunto, desde el ámbito de la salud los investigadores reconocen la mejora del trabajo en equipo para la seguridad del paciente, sin embargo también se ha aludido (Salas, Sims, Klein, Burke, 2003) que sus múltiples dificultades, hacen que se produzca con poca frecuencia (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 320). En cuanto a los *centros educativos*¹⁰⁹ (Levin et al 2005) abogan también por el trabajo en equipo ya que mejora la capacidad de aprendizaje de los alumnos, les ayuda en desarrollo de perspectivas y de integración, mejora su autoestima y les da un mayor aprecio y tolerancia hacia compañeros del equipo (Xyrichis & Ream, 2008: 234). En cuanto al *entrenamiento del trabajo en equipo* se han descrito las competencias, como el establecimiento de los requisitos y estrategias correspondientes para mejorar su rendimiento. En dichas competencias, los *conocimientos* (el saber de los miembros del equipo), se refieren al hecho de comprender acciones y hechos, conceptos, relaciones y datos subyacentes necesarios para hacer una tarea. Las *habilidades* (lo que los miembros del equipo hacen) se refieren a las secuencias de comportamiento y procedimientos necesarios para la ejecución de tareas. En cuanto a la *actitud* (se refiere a como se sienten los miembros del equipo), supone el componente afectivo, es decir a como los componentes del equipo se sienten entre si en la realización de las tareas. En cualquier caso, Katzenbach, Smith (1993) destacan que la esencia del trabajo en equipo es el compromiso común encauzado a un propósito, de lo contrario los equipos fallan reiteradamente (Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 319-320).

En el caso de la formación médica, la Accreditation Council for Graduate Medical Education reconoce que el trabajo en equipo debe ser enseñado y evaluado e identifica las habilidades interpersonales y la comunicación como una de las seis competencias básicas de la educación medica de postgrado. También la Association of American Medical Colleges (AAMC), establece en sus objetivos la capacidad de comunicarse con pacientes, colegas y otras personas en el desempeño de la responsabilidad médica y el trabajo en equipo es considerada igualmente una de las competencias clave relacionadas con las seguridad del paciente, según la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations de Estados Unidos. Aunque tal entrenamiento es relativamente nuevo, existen orientaciones que pueden ser de utilidad. Se contempla el aprendizaje a partir de la experiencia, y orienta que los principales problemas referidos por la National Aeronautics and Space Administration, rebelan que los aspectos humanos están presentes en la mayoría de accidentes por fallos de comunicación interpersonal, toma de decisiones y liderazgo. Hall y Weaver (2001) en su revisión de la literatura sobre la educación interdisciplinaria y el trabajo en equipo en la atención sanitaria, se propusieron como objetivos descubrir problemas importantes y las mejores prácticas. En sus resultados, refieren dos categorías principales: una perteneciente al *sistema* de educación y formación profesional en salud y la otra relacionada con el *contenido* de la educación interdisciplinaria. En cuanto a la *etapa o momento* de trabajar esta competencia, varios estudios han sugerido que es preferible aprender en la forma temprana (por ejemplo, dentro de los dos primeros 2 años) dado que puede facilitar mejor la colaboración interdisciplinaria. Otros han advertido, que primero hay que tener seguridad en la competencia de la propia disciplina. (Lerner, Magrane, Friedman Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-329.). (Algunas evidencias sobre trabajo en equipo en base a estudios realizados, pueden observarse en la (Tabla 4.17)

¹⁰⁹ La autora de este estudio es investigadora principal de tres proyectos sobre trabajo en equipo (EEES) 2011, 2012, 2014-16, concedidos por el Programa de Millora i Innovacio Docent (PMID-UB), en el seno del grupo de Innovacion Docente Consolidado GIOTEI-UB (Escuela de Enfermería UB), de cuyo grupo de innovación es responsable. Para la evaluación y guía formativa de dicha competencia se ha desarrollado una rubrica y un cuestionario multidimensional (Comunicación, Colaboración, Planificación de tareas, Gestión del tiempo, Resolución de problemas, Consecución de Objetivos). En 2015 se ha realizado un estudio piloto con fiabilidad elevada (Alfa de Cronbach superior a 0,900, en todas las mediciones por ítems, dimensiones y su combinación) en estudiantes de enfermería UB. En 2016 se contempla su posterior validación en los cuatro cursos del grado de enfermería UB, fecha en la que esta prevista la finalización del estudio. Al respecto hemos presentado dos comunicaciones en 2015: Competencia Trabajo en Equipo (CTE). Modelo GIOTEI: una representación gráfica (Sabater, Morín, del Pino, Maestre, Terré, Busquets, Curto, Castillo, Alcalá, López Domènech, González). Trobada de Professorat de Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona, Febrero 2015. Competencia trabajo en equipo: ensayo experimental (Maestre, del Pino, Sabater, Curto, Terré, Busquets, Castillo, Morín, Rourera, González). XII Foro Internacional sobre la Evaluación de la Calidad de la Investigación y de la Educación Superior (FECIES), Sevilla, Julio 2015.

Conceptos nucleares: salud y modelo de relación con el paciente.

Concepto de salud: modelo biopsicosocial. Se opta por el modelo biopsicosocial de salud, que parece presentar compatibilidad con el modelo que emerge de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, se atiende el modelo propuesto por Engel (1977) y se retoma su actualización propuesta por Borrell-Carrió, Suchman, Epstein (2004: 576-582). Bajo el criterio de estos autores, la práctica clínica en base al MBPS se basa, entre otros, en aspectos como los siguientes, que se seleccionan y adaptan en este contexto para la praxis enfermera: 1) *Autoconciencia*, 2) *Cultivo proactivo de la confianza*, 3) *Empatía*, 4) *Educación de las emociones para ayudar en la formación de relaciones terapéuticas*, 5) *Comunicar evidencia clínica y no únicamente aplicación de un protocolo de forma mecánica* (Borrell-Carrió et al. 2004: 576).

Modelo de Atención centrada en el paciente (ACP). Se trata del modelo teórico de relación asistencial que de forma implícita promulga la referida Ley 41/2002 en nuestro país y a nivel internacional el Institute of Medicine (2001) de EEUU, reconoce la ACP como modelo esencial para brindar calidad en la atención sanitaria (Epstein, 2014). También aparece como el modelo de elección en la documentación internacional revisada, especialmente en la reunida a propósito de la propuesta de competencia comunicativa en este estudio. Se destaca especialmente el pronunciamiento explícito por parte de las enfermeras de Ontario (RNAO, 2002, actualizado 2006) que han publicado un documento específico (titulado Atención orientada al paciente) en colaboración con enfermeras españolas (Investén), del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, según se comenta en otros apartados de este estudio.

La atención centrada en el paciente, propone cambios en la interpretación de la enfermedad y la salud que integran la *comprensión de la perspectiva subjetiva del paciente*, convirtiendo la relación en más igualitaria, desde una perspectiva "dialógica" o de reinterpretación de la realidad del paciente. En la atención centrada en el paciente, *la empatía, la solidaridad, la humanidad, la tolerancia y la comprensión* forman parte del lenguaje que integra este tipo de relación. Los autores apuntan las bondades de esta relación para llegar a un diagnóstico biomédico adecuado, reconociendo la posibilidad de que los modelos relacionales se hayan centrado más en el poder y menos en el *clima emocional* subyacente en la relación clínica (Borrell-Carrió, Suchman, Epstein, 2004: 576-582). Se trata de un enfoque para la práctica, que permite la adaptación de la respuesta según sea necesario. Hepwoth, Cushman (2005: 406-409), Epstein, Borrell-Carrió (2005: 426-431). Sugieren que los hábitos de la mente pueden ser el puente entre el modelo y la realidad asistencial y proponen los siguientes: *la atención, la visión periférica, la curiosidad y flexibilidad informada*. Estas cualidades indican que son enseñables y pueden reforzarse (Epstein, Borrell-Carrió, 2005: 426-431). (Un desarrollo más ampliado aparece bajo el epígrafe Modelo de Atención Centrada en el Paciente dentro del apartado 4.3. Comunicación y salud).

Atención a necesidades de comunicación detectadas en la socialización enfermera a partir de evidencias aportadas por estudios analizados: atención al sufrimiento (paciente y familia) y al estrés en enfermería. Los estudios analizados en el apartado 2.2. Comunicación en la práctica asistencial enfermera (dentro de la Contextualización del problema) aportan una serie de resultados o evidencias que a juicio de sus autores, requieren atención específica en la socialización y formación enfermera. Se trata de las siguientes abstracciones:

- *Enfoque tecnicista:* no es holístico ni se reconoce la individualidad del cuidado. (May, 1990), (Cibanal y Bevia, 1999)
- *Formación en comunicación poco reconocida en los estudios de enfermería.* No se reconoce el valor central de la comunicación en la relación de ayuda (Ulla, et al. 2002) y es casi siempre dejada en manos de la intuición enfermera (Cibanal, et al. 2000), sin reconocer la falta de preparación en los estudios de enfermería (Cibanal et al. 2000), lo

que la convierte en un factor personal de riesgo (UCI) (Ulla et al. 2002). Conforme los estudiantes adquieren más experiencia y educación, sus conductas de comunicación se hacen menos deseables y no mejoraron con la formación y la experiencia laboral (Shattell, 2004).

- *Evitación comunicativa ante la gravedad.* Se observa una actitud defensiva ante emociones y pacientes moribundos (Ulla, et al. 2002), (May, 1990) (Bengoechea, 2001). La relación con las familias y la gravedad del paciente genera estrés y/o comportamiento defensivo a las enfermeras (May, 1990) (Ulla, et al. 2002)

Tabla 4.17

Trabajo en equipo: evidencias		
Publicación	Características estudio	Resultados
1. Rico, et al. (2010).	España. Estudio de revisión que abarca 1999 y 2009. Autores de distintas universidades españolas Resume marcos explicativos de la efectividad de los equipos de trabajo mediante un análisis diferenciado de insumos, mediadores y resultados evaluados a través del método DAFO (Debilidades, Amenazas, Oportunidades, Fortalezas). También discuten los principales retos para convertir las amenazas en oportunidades. No indica artículos seleccionados.	La integración de las experiencias de los equipos (Wuchty, Jones y Uzzi, 2007) permite innovación y promueve el rendimiento y satisfacción de sus integrantes ("sabiduría de los colectivos"). El desafío proviene de la integración eficaz de personas cualificadas que aporten valor añadido a la organización, considerando la relevancia del contexto organizacional en el diseño y apoyo, complementado con comunicación, retroalimentación, recompensas, etc. Los estudios referidos a la "potencia del equipo" o " <i>team efficacy</i> ", el clima del equipo, la cohesión, la confianza o la cognición compartida, han configurado el grueso de la investigación sobre "estados emergentes". Son modulaciones de creencias y percepciones positivas que contribuyen significativamente al rendimiento final del equipo (por ej percepciones de autoeficacia, identidad del equipo, cohesión, etc.). Según los autores se precisan más estudios.
2. Chakraborti et al. (2008).	EEUU. Estudio de revisión entre enero de 1980 y julio de 2006, sobre las intervenciones de entrenamiento sobre trabajo en equipo en estudiantes de medicina y formación de residentes. Se realiza desde un Hospital de Washington y otro centro médico en Baltimore. Incluye diversas publicaciones sobre estudios de medicina, enfermería y formación de otros profesionales de la salud. Seleccionan 13 estudios.	La mayoría de planes de estudios revisados incluyen la formación de trabajo en equipo o se hace referencia al trabajo en grupo o a modelos de gestión de crisis (9,69%) y nueve planes de estudio (69%) utilizaron un instrumento para la evaluación del trabajo en equipo, 8 de los cuales fueron validados previamente. Apunta también que las restricciones en horas de trabajo asistencial, requieren un creciente énfasis en la coordinación de funciones, facilitación de transferencias y la supervisión, indicando que en este sentido, que según Singh et al. (2007) del trabajo en equipo se derivan en un 70% de los casos de problemas de comunicación , por lo que su aprendizaje puede desempeñar un papel para minimizar estos riesgos. Problemas detectados en esta formación: a) duración de las experiencias de aprendizaje de estudiantes no duran mucho mas de ocho semanas (necesidad de estudios longitudinales); b) necesidad de formalizar experiencias en escenarios reales. Formadores: supervisión del rendimiento y modelos mentales compartidos a través de principios de liderazgo. Concluye que las metodologías de evaluación localizadas han resultado generalmente débiles, dado que no hay estudios que utilicen aleatorizaciones y pocos han empleado un diseño controlado.
3. Sisk (2011).	EEUU. Estudio de revisión Escuela de enfermería en Illinois, revisa el aprendizaje basado en los equipos entre 2003 a 2011. Seleccionan 17 estudios.	Resultados: que abarcan distintas disciplinas de dentro y fuera del ámbito de la salud, entre las que se encuentra enfermería. Entre los principales problemas que apunta se refiere a la evaluación de este tipo de formación y en especial a la falta de herramientas de medición bien establecidas.
<p>Fuente: Realización propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>1. Rico, Alcover de la Hera, Tabernero, 2010). Efectividad de los equipos de trabajo, una revisión de la última década de investigación (1999-2009). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organización, 26 (1):47-71.2.</p> <p>2. Chakraborti, Boonyasai, Wright , Kern (2008). A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. Journal of General Internal Medicine. 23(6):846-853.</p> <p>3. Sisk (2011). Team-Based Learning: A systematic Reserarch Review. Journal of Nursing Education, 50(12): 665-669. Review. Journal of Nursing Education, 50(12):665-669</p> <p>Total aportación de 37 estudios interpretados (contemplando dos revisiones cuantificadas y otra no)</p>		

Tabla 4.17/2

Trabajo en equipo: evidencias		
Publicación	Características estudio	Resultados
4. Kalisch, et al. (2013).	EEUU. Intervención. Autoras formadoras de enfermería en Michigan. Reconocen que pocos estudios se han centrado en el trabajo en equipo (TE) desde la perspectiva de enfermería. Apuntan un estudio de revisión de Buljac-Samardzic et al. (2010), que solo encontraron tres estudios, dos de enfermería y uno de los cuales referido a anestesiología. Realizan una intervención con diseño cuasi experimental y con medidas pret-test y post-test dos meses después de la intervención, con cuatro tipos de medidas (encuestas y preguntas). Enfermeras de unidades medico-quirúrgicas de tres hospitales de agudos, donde tres enfermeras de cada unidad se sometieron a un programa de entrenamiento de tres horas y luego estas enseñaron a los miembros de sus unidades también en sesiones de tres horas de duración.	Señalan beneficios de la intervención (por ej. formadores en la unidad pueden convertirse en mentores internos), sin embargo se reconoce la necesidad de un estudio que pueda comparar distintos tipos de instrumentos antes de establecer conclusiones. Kalisch, Xie, Ronis (2013: 405-413).
5, Media, (2001).	Reino Unido (Escocia). Conflictos éticos UCI. Un estudio cualitativo en base a 24 entrevistas realizadas a enfermeras de diversos tipos de servicios de cuidados intensivos (cuidados intensivos: general, de pediatría, cirugía cardiaca, cuidados coronarios) de hospitales escoceses, estudia las decisiones éticas dentro del equipo de UCI relacionadas con la suspensión o retención del tratamiento. Aporta soporte teórico desde la sociología y la filosofía para la comprensión moral en este tipo de situaciones y servicios.	Las perspectivas médicas y las de enfermería en estos aspectos a menudo están en desacuerdo. Destaca la relevancia de superar brechas mediante la negociación, en lugar de apelación directa a la autoridad profesional o responsabilidad legal y establecer el consenso dentro del equipo asistencial.
6. Xyrichis & Ream (2008)	Estudio de revisión del concepto. Abarca 1976 y 2006, solo en inglés y no se limita a enfermería. Se reconoce la relevancia del trabajo en equipo (TE) en servicios de salud a nivel internacional. Sin embargo los estudios sobre TE en salud son criticados por falta de una comprensión conceptual básica de lo que representa el concepto. Desde la literatura de su revisión proponen como concepto de TE : “un proceso dinámico en el que dos o más profesionales de la salud con experiencia y habilidades complementarias, comparten objetivos comunes de la salud y el esfuerzo del ejercicio físico y mental concertado en la evaluación, planificación o la evaluación de la atención al paciente. Esto se logra a través de la colaboración interdependiente, la comunicación abierta y la toma de decisiones compartidas, lo que genera resultados en los pacientes, la organización y agrega valor personal”	Las autoras confirman que una definición universal no se encuentra en la literatura revisada. Para ello proponen un concepto cuya relevancia teórica ha sido confirmada (Borrill et al. 2001) para el cuidado de la salud a través de la investigación en 406 equipos del NHS en el Reino Unido.
<p>Fuente: Realización propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>4. Kalisch, Xie, Ronis (2013). Train-the-Trainer Intervencion to Increase Nursing Teamwork and Decrease Missed Nursing Care in Acute Care Patients Units. Nursing Research, 62(6):405-413</p> <p>5, Media, (2001). Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team. Social Science & Medicine, 53(6):707-719.</p> <p>6. Xyrichis & Ream (2008) Teamwork: a concept analysis. Journal of Advanded Nursing , 61(2):232-241</p> <p>Total aportación de 37 estudios interpretados (contemplando dos revisiones cuantificadas y otra no)</p>		

Tabla 4.17/3

Trabajo en equipo: evidencias		
Publicación	Características estudio	Resultados
7. Janss et al. (2012).	<p>Se estudia la influencia del poder y el conflicto en el funcionamiento de los equipos médicos. Muestra soporte teórico desde las ciencias sociales para la comprensión del conflicto en el trabajo en equipo (TE) en el entorno médico. Refiere que muchos equipos no aportan los resultados esperados y apunta que hay evidencia del impacto significativo de los factores humanos tales como la comunicación y la cooperación en la realización del TE médico.</p> <p>La composición multidisciplinar, la presión del tiempo y la naturaleza altamente dependiente de muchas tareas, da lugar a muchos problemas que afectan al equilibrio de los retos intraequipo. También naturaleza <i>ad hoc</i> de muchos equipos y diferentes experiencias individuales, pueden influenciar en las expectativas de poder y conflicto.</p>	<p>A partir de literatura sobre el comportamiento social y organizacional, el conflicto, en general se define como “la percepción por las partes involucradas de las diferencias, discrepancias y deseos incompatibles” (Janss, Rispens, Segers, Jehn, 2012: 839) considerándose un proceso que afecta el rendimiento negativo del equipo (los miembros se distraen a causa de los conflictos, lo que impide el procesamiento de la información pertinente), aunque se apunta que los resultados de la investigación son inconsistentes. Se distinguen tres tipos de conflictos: 1) desacuerdo entre ideas y opiniones acerca de la tarea, 2) choque de personalidades (incompatibilidades relativas a cuestiones personales), 3) conflicto en relación al proceso (cuestiones logísticas y o delegacionales). Los conflictos de proceso y relación se encuentran fuertemente asociados con las emociones negativas (por ej. ira, frustración) y afectan negativamente los resultados del equipo. El poder está relacionado con el conflicto y afecta negativamente al proceso de equipo. El poder es la “capacidad relativa de un individuo para controlar o influir en los demás” (Janss, Rispens, Segers, Jehn, 2012: 840). Gran cantidad de investigación confirma que las percepciones y comportamientos sociales están influenciados por los respectivos niveles de poder o por la forma en que un individuo ejerce su poder dentro de un grupo, lo que influye en la resolución de conflictos del grupo.</p> <p>Por otro lado, la multidisciplinariedad del equipo puede incidir en: 1) distintos orígenes, conocimiento y experiencia, 2) puede implicar estructuras jerárquicas complejas (por ej. una enfermera veterana tener más poder aparente que un joven médico), 3) trabajar juntos bajo presión. Así, deseablemente los roles, procedimientos y responsabilidades deberían estar completamente claros, ya que cualquier pérdida de tiempo puede ser perjudicial para el paciente.</p> <p>Otra característica importante es el “modelo mental compartido”(MMC) Los antecedentes procedentes de la aviación aeronaval demuestran que los conocimientos se comparten en una tarea. El MMC contiene información en relación con las actitudes, las preferencias, fortalezas, debilidades y así sucesivamente, entre compañeros. Este conocimiento es esencial para la eficacia del equipo ya que permite hacerse la idea de lo que otros esperan de uno. Tratar de entender la perspectiva de la otra persona disminuye los efectos negativos del conflicto y promueve la colaboración. Waver et al (2010) encontraron que las competencias específicas adoptadas por estudiantes en un equipo, no podrán transferirse mas allá de ese equipo específico. Los autores orientan proseguir la investigación para favorecer la educación de profesionales.</p>
<p>Fuente: Realización propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>7. Janss, Rispens, Segers, Jehn, (2012). What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. Medical Education 46(9): 838–849.</p> <p>Total aportación de 37 estudios interpretados (contemplando dos revisiones cuantificadas y otra no)</p>		

- *Estrés, burnout en enfermeras.* Se relaciona a las enfermeras con niveles muy altos de estrés laboral y que como consecuencia presentan burnout o están "quemadas"; se relaciona con el entorno y ante el sufrimiento (May, 1990).
- *Dificultades de atención al sufrimiento del paciente y familia.* El paciente y su papel en la comunicación es a menudo descuidada por los autores (Fleischer et al. 2009), (Shattell, 2004) (May, 1990). Se destaca incluir a la familia en el proceso asistencial del paciente (Bengoechea, 2001). La mayor dificultad expresada es para poder aliviar el sufrimiento de pacientes y familias (Ulla, et al. 2002).
- *Otras observaciones:*
La dificultad de comunicación con los médicos es mayor (Ulla, et al. 2002)
Conceptos como empatía, intimidad, y distancia estética no son frecuentes en los discursos de enfermería (Fleischer et al. 2009)

Aportaciones de la neurociencia que podrían favorecer las necesidades enfermeras detectadas (apartado anterior), las interacciones y el bienestar psicosocial: *Empatía*. Según Morgado (2006) el mundo de las emociones sociales es fuertemente influenciado por la empatía. Cuando prestamos atención a lo que hacen otras personas, se activan en nuestro cerebro las mismas áreas que se activarían si fuésemos nosotros mismos quienes lo hiciéramos y estos aspectos se producen no solo en áreas de la planificación motora del cerebro sino también en áreas de procesamiento de la información interoceptiva (del cuerpo y del dolor) y los sentimientos (Morgado, 2007: 41-44). El concepto de empatía se ha caracterizado por la discrepancia y persiste la falta de consenso, aunque presenta algunas consistencias. Ha sido estudiada desde disciplinas diversas (filosofía, teología, etología etc.), (Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 89), (Bermejo 2011). Desde la Neurología la empatía se ha descrito como la "capacidad para experimentar de forma vicaria estados emocionales de otros". (Moya-Albiol, Herrero, Bernal, 2010: 89). Desde la perspectiva psicológica humanista, la empatía se reconoce elemento clave para la relación de ayuda, cuyo origen se atribuye a Rogers (1975)¹¹⁰ Nerdrum & Rønnestad (2002: 610), Pudlinski (2006: 267), de aquí su interés para enfermería (Brunero, Lamont, Coates (2010:65). Permite establecer relaciones de comprensión y "sintonizar con la frecuencia emocional de una persona y comprenderla", (Bermejo, 2011). Así, la empatía es considerada un componente esencial en la relación terapéutica, especialmente desde la perspectiva de atención centrada en el cliente, según fue empleada por Rogers. (Nerdrum & Rønnestad, 2002: 610), (Brunero, Lamont, Coates 2010:65).

También aportaciones desde la Neurología conductual refieren que la empatía se considera crucial en muchas formas de interacción social adaptativa. En ella destacan dos componentes: uno cognitivo, relacionado con la capacidad para abstraer procesos mentales de otras personas y otro emocional, que sería la reacción ante el estado emocional de otra persona. Los avances de las técnicas de neuroimagen han hecho posible la progresión del conocimiento de los circuitos neuronales implicados en la empatía, beneficiados también por el descubrimiento de las neuronas espejo, según se ha referido anteriormente (apartado 4.3. Comunicación y salud, epígrafe: Emociones, comunicación y enfermería). Datos empíricos en un amplio rango de especies indican que "se afligen ante el dolor de un co-específico y actúan para acabar con el objeto que provoca dicho dolor, incluso aunque suponga un peligro para ellos mismos". Aportaciones de Preston y de Waal (2002) (citados por Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 89), manifiestan que la representación de la acción de los otros, modula y forma los contenidos emocionales de la empatía de forma automática en el observador con las respuestas fisiológicas asociadas.

¹¹⁰ En España ha profundizado en este tema, especialmente, José Carlos Bermejo Higuera. Director del Centro de Humanización de la Salud Religiosos Camilos. <http://www.josecarlosbermejo.es>

De especial interés en el contexto de este estudio es que “los circuitos neuronales que regulan la empatía coinciden en gran parte con aquéllos relacionados con la agresión y la violencia” (Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 89). Así, en las últimas décadas se ha resaltado la relevancia de la empatía para la disposición prosocial de las personas y su función inhibidora de la agresividad. Eisenberg (2000: 665-697), planteó la relevancia de la empatía en el desarrollo moral de las personas haciendo hincapié en la comprensión de los demás de manera “similar” a lo que el otro está sintiendo (Eisenberg, 2000: 671), (Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 89). La respuesta empática, aparte de la citada capacidad para comprender al otro, incluye también ponerse en su lugar a partir de lo que se observa, ya sea mediante la información verbal o a través de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva) y la reacción afectiva de su estado emocional (que puede producir tristeza, malestar o ansiedad). Por ello, se interpreta que la empatía desempeña un papel relevante en la disposición prosocial de las personas y su supervivencia, para lo cual es esencial comprender como se sienten los demás, de aquí que la empatía sea interpretada como una forma de cognición social¹¹¹ (Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 89-91).

Su aproximación conceptual refiere que los factores empáticos a veces son identificados con los de *simpatía* y *aflicción personal* al hipotetizarse similitudes en ambos y mediaciones de tipo emocional o cognitivo y motivacional. Eisenberg y Strayer (1987) indican que mientras en el segundo caso se trataría de “aflicción por el otro” y “sentir por el otro”, en el primer caso, en cambio, se trataría de “sentir con el otro” con más o menos afecto y cognición comprometida en el proceso. Se ha apuntado también que la simpatía, tiene un matiz de conveniencia y tácita aprobación del otro, aunque carece de esa comprensión íntima característica de la empatía. Bermejo (2011). En otros casos se considera que la simpatía es consecuencia de empatizar, a lo que (Wispe, 1986) le agrega la atribución de determinante prosocial. A su vez, la aflicción personal o distress, se ha definido como un “estado emocional aversivo (por ejemplo ansiedad) que sin ser congruente con el estado emocional del otro, conduce a una reacción auto-orientada que tiene por finalidad reducir el propio malestar personal” (González Portal, 2000: 86). En suma, para autores como Gaertner y Dovidio, (1977), Krebs, (1975), Staub, (1978) (citados por González Portal, 2000: 84-87), la sensibilidad empática suele facilitar la conducta de ayuda, aunque es preciso que el que empatiza disponga de habilidades para responder al sufrimiento o malestar del otro. De no disponer de un repertorio de conductas de respuesta (según Stotland y cols. 1978) experimentara preocupación o disgusto, aunque sin llevar a cabo ninguna conducta específica de ayuda activa. Por otro lado la instrucción en adultos dirigida a asumir el rol del otro, ha dado buenos resultados para el desarrollo de emociones empáticas, teniendo en cuenta variaciones individuales incluida la posibilidad de alguna personalidad anómala (por ej psicopática). Así, la empatía se entiende como una condición necesaria, aunque no suficiente para que se de un comportamiento prosocial (González Portal, 2000: 84-87).

Entre los diferentes comportamientos que promueven la prosocialidad, aparece la empatía, como uno de los más estudiados y de destacado interés en el caso de enfermería por el tipo interacciones interpersonales que caracterizan esta profesión. La empatía ha sido considerada un vínculo persistente en la relación enfermera-paciente, donde se presenta como un hilo conductor en los estudios de comunicación. Sin embargo, las aportaciones sobre la empatía en general y en el contexto enfermero en particular, demuestran un sin fin de dificultades para comprender, medir, interpretar y fomentar este fenómeno dada la disparidad de cuerpos teóricos y contextos que abordan el tema (Tablas 4.18, 4.19, 4.20). La teoría seleccionada en los apartados siguientes, tiene como objetivo dar soporte a la clarificación del concepto para vincularla con la prosocialidad (Roche, 2004; Roche y Escotorin, 2011), mostrar relaciones de la empatía y la prosocialidad con el comportamiento moral (Eisenberg, 2000) y aportar una propuesta teórica sobre un modelo de empatía motivado (Zaki, 2014). La refusión de estos integrantes teóricos puede demostrar la conveniencia de promover comportamientos prosociales en enfermería, de forma que simultáneamente se induciría el incremento de

¹¹¹ Cognición social: conjunto de operaciones que subyacen en las interacciones sociales. (Moya-Albiol, Herrero, Bernal 2010: 90).

Tabla 4.18

Empatía. Algunas evidencias de estudios internacionales en Enfermería		
Publicación	Características estudio	Resultados
Brunero, et al. (2010).	Estudio de revisión. Sobre estudios de empatía en la educación enfermera. Seleccionan 17 publicaciones con un periodo cronológico abierto (no hay limite cronológico en cuanto a la selección de estudios)	Resultados: Once estudios informaron mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones de empatía; seis estudios no lo hicieron. Indican que la educación en empatía en enfermería, puede verse afectada por diversas variables como: género, valores culturales y experiencia clínica de especialidades, a las que Burns y Groves, (2002) añaden: personalidad, estilo interpersonal, confianza social, aspectos del medio ambiente y el nivel de habilidades de comunicación aprendidas. Instrumentos de medición: según las revisiones de: Reynolds y Scott, (2000), Ancel (2006), Yu y Kirk, (2008) no existe un uso consistente de instrumentos para medir la empatía, por lo que refieren la necesidad de instrumentos estandarizados. Destacan el aprendizaje experiencial entre las modalidades educativas para promover la empatía. Afirman que en base a la revisión es posible aumentar la capacidad empática de las enfermeras.
Yu & Kirk (2008).	Estudio de revisión sistemática sobre instrumentos de medición de empatía (sin analizar dichos instrumentos sino los resultados de su empleo) entre los años 1987 y 2007. 29 publicaciones seleccionadas. Se identificaron tres tipos de estudios: a) descriptivos (n=12), estudios de empatía que recogen resultados de pacientes (n=6) y estudios evaluadores (n=11). Se recopiló la utilización de 20 escalas (en Tabla 7) con más de una herramienta en algunos estudios.	Resultados: De nueve estudios realizados en enfermeras o estudiantes de enfermería, siete informaron de resultados relativamente altos en sus mediciones. Dos estudios encontraron niveles bajos. Estos resultados son atribuidos a características de la muestra y variables sociodemográficas (edad, género, nivel de educación y experiencia clínica). En once estudios, la empatía fue explorada en relación con otras variables como edad, experiencia, educación, género, actitudes, ajuste en el lugar de trabajo, cohortes de estudiantes de enfermería y estilo de liderazgo. En conjunto mostraron algunas consistencias y contradicciones, por ejemplo, en tres estudios el aumento de la edad se relacionó con una disminución de los niveles de empatía, otro no encontró diferencias y otro refirió que el impacto de la edad depende del género y ciertos aspectos de la empatía. La relación entre empatía y educación fue estudiada en cuatro estudios con resultados diversos, por ejemplo, dos encontraron una correlación nula, otro reportó una correlación positiva y otro encontró una relación negativa. Los cuatro estudiaron el género, en dos de ellos se encontró que las mujeres tenían puntuaciones significativamente más altas y los otros dos encontraron una correlación nula. En cuanto a la empatía en el trabajo de la enfermera, se analiza el impacto en seis estudios en colaboración con los pacientes. En cuatro de ellos, el impacto de la empatía mejora el resultado en los pacientes, en el resto no se detecta esta relación. En conjunto, los autores argumentan que con tanta diversidad de mediciones, instrumentos y variables, es difícil hacer una valoración del trabajo desarrollado en torno a evaluación de la empatía en enfermería. Se concluye con la necesidad de una revisión sistemática de los propios instrumentos acerca de la empatía en enfermería, en la idea de que la consistencia en alguno de ellos, podría ayudar a destacar el trabajo invisible de la enfermera.
<p>Notas:</p> <p>Fuente: elaboración propia en base a las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>Brunero, Lamont, Coates, (2010). A review of empathy education in nursing. <i>Nursing Inquiry</i> 17(1):65-74</p> <p>Yu & Kirk (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64(5): 440-454</p> <p>Total empatía 47 estudios interpretados (contemplando dos revisiones)</p>		

Tabla 4.19

Empatía. Algunas evidencias de estudios internacionales en Enfermería (España)		
Publicación	Características estudio	Resultados
Galán, et al. (2014).	<p>Objetivo: analizar el grado de empatía en estudiantes de enfermería a lo largo de los cuatro cursos de formación universitaria de grado y posibles factores implicados. Instrumento: se aplicó el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI) (Davis 1980, 1983) validado en España por Pérez-Albéniz, De Paul, Etxeberria, Montes y Torres (2003) y Mestre, Frías y Samper (2004). La muestra (n=198) establecida por conveniencia, recoge el 95,96% de estudiantes de una escuela de enfermería de San Juan de Dios, adscrita a la Universidad de Sevilla y los resultados se recogieron entre octubre 2011 a abril 2013.</p>	<p>Los autores recogen afirmaciones acerca de la poca empatía mostrada por profesionales de la salud, por ej. el caso de (LaRocco, 2010) que demuestra esta persistencia en enfermeras y estudiantes en EEUU y el Reino Unido, caso, indican, menos estudiado en España. Destacan la empatía como aspecto de la competencia emocional y elemento central en teorías de enfermería: Baillie (1996), Newman (1994), Parker (2002), Peplau (1992). Resultados: se ha encontrado una disminución progresiva de empatía según el ascenso del curso académico, con datos estadísticamente significativos, surgiendo como medias de empatía total por curso: 1º(96), 2º (92) 3º (89), 4º (89). Además se observa que esta diferencia se detecta entre los estudiantes de primero y el resto de los estudiantes. Por otro lado, se refleja que a mayor edad, inferior nivel en empatía. En cuanto al género se ha detectado mayor puntuación empática en mujeres que en hombres, en ambos casos, no parece haber acuerdo unánime entre estudios. Una posible explicación de los resultados decrecientes por cursos, argumentan que podría estar relacionada con que a partir de segundo y en los restantes cursos, los estudiantes acuden a prácticas clínicas y contactan con los pacientes y el sufrimiento, por lo que podría tratarse de una respuesta de adaptación a situaciones progresivamente más complejas. Se alude específicamente la escasa experiencia que tienen los estudiantes, dada su juventud (el rango de edad se sitúa entre 21 año de media en 1º y 25 años en 4º curso) en relación con la enfermedad y la muerte. Se alude como ejemplo el descenso del nivel de empatía en estudiantes de medicina al acudir a sus prácticas clínicas según autores como (Bellini y Shea, (2005), Benbassat y Baumal (2004), Hojat et al. 2009). A propósito de este descenso empático, en medicina (Hojat et al. 2009) entre otros factores, ha hipotetizado la posibilidad de la falta de modelos de conducta apropiados por parte de los profesionales clínicos asociados que ejercieron de formadores en su estudio. Otras investigaciones justifican las dificultades empáticas de las enfermeras, en base a cuestiones de ansiedad y personalidad, aparte de las dificultades de adaptación al entorno (falta de tiempo, apoyo, etc.). Refieren la necesidad de potenciar la empatía en el transcurso de los estudios de enfermería, teniendo en cuenta la formación en inteligencia emocional, la conciencia sobre el sufrimiento (a partir de posibilitar más reflexión crítica en la experiencia de la vida) y ayudar al desarrollo de la autoconciencia. Concluyen apuntando la necesidad de estudios longitudinales que analicen el efecto sobre la empatía de la formación en habilidades de comunicación y formas de prevenir el burnout.</p>
<p>Notas: Fuente: elaboración propia en base a las publicaciones indicadas. La negrita es propia. Galán, Romero, Morillo y Alarcón (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. <i>Psicología Educativa</i>, 20(1):53-60 Total empatía 47 estudios interpretados (contemplando dos revisiones)</p>		

Tabla 4.20

Lista de instrumentos para la medición de la empatía Según estudio de revisión de Yu & Kirk (2008)*
<p>Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard 1962) Behavioural Test of Interpersonal Skills (Gerrard & Buzzell 1980) Carkhuff Indices of Discrimination and Communication (Carkhuff 1969) Emotional Empathy Tendency Scale (Mehrabian & Epstein 1972) Emotional Intelligence Scale (Schutte et al. 1998) Empathic Communication Skill B (Dokmen 1988) Empathic Tendency Scale (Dokmen 1989, 1990) Empathy Construct Rating Scale (La Monica 1981) Empathy Rating Scale (Ivey et al. 1980) Empathy Scale (Gazda et al. 1977) Hogan Empathy Scale (Hogan 1969) Interpersonal Reactivity Index (Davis 1980) Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat et al. 2001) La Monica Empathy Profile (La Monica 1983) Layton Empathy Test (Layton 1979) Perception of Empathy Inventory (Wheeler 1990) Reynolds Empathy Scale (Reynolds 2000) Scale of Empathic Skills (Dokmen 1989, 1990) Staff–Patient Interaction Response Scale (Gallop et al. 1989) Visual Analogue Scale (Wheeler et al. 1996)</p>
<p>* Los autores indican no haber realizado la revisión de dichos instrumentos sino la de los resultados de los estudios que los han aplicado</p>
<p>Notas: Fuentes: Yu & Kirk (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 64(5): 440-454</p>

actuaciones empáticas y se impulsarían las conductas morales, todo ello bajo el auspicio de un marco comunicativo centrado en el paciente como el que se propone. (Este apartado es tratado desde la neurociencia en el 4.3. Comunicación y salud dentro del epigrafe de emociones).

Estudios de empatía y moral (Eisenberg, 2000: 665-697).

En las últimas décadas la investigación ha prestado especial atención a las emociones¹¹² y la regulación moral, así como si la emoción contribuye al juicio moral en su más alto nivel y el comportamiento. En contra de creencias filosóficas anteriores, de que las emociones por su propia naturaleza "expresan un punto de vista personal polarizado y sesgado" (Eisenberg, 2000: 665), creencias posteriores han indicado que dicho sesgo en las emociones es justificado y que las emociones ayudan a las personas a distinguir rasgos morales en contextos específicos tanto para motivar la conducta moral, como para socavar el comportamiento inmoral. También se destaca el papel relevante de las emociones en la comunicación, contribuyendo, a través de la revelación de nuestros valores, las preocupaciones morales hacia los demás. Entre las emociones que se ha visto que juegan un papel fundamental en la moral se destaca la culpa, la vergüenza y la empatía (Eisenberg, 2000: 665).

La culpa y la vergüenza se considera que emergen en situación "consciente de sí mismo" (Eisenberg, 2000: 666), donde la comprensión de la persona y la auto-evaluación son fundamentales. Keltner y Buswell (1997) argumentaron diferencias entre ambas. La vergüenza, en comparación con la culpa es una emoción menos negativa, menos grave y más fugaz, por tanto se muestra menos implicada con implicaciones y transgresiones morales. A la vez, implica menos ira propia y menos interés en hacer las paces y tiende a relacionarse con acontecimientos sorprendentes y accidentales, ante los cuales la gente se siente menos responsable. La persona avergonzada (Ferguson & Stegge 1998:20) (citados por Eisenberg, 2000: 667), se siente acomplejada por las propias acciones y evita o se esconde de los demás y se asocia con los deseos de deshacerse de los aspectos de la misma. Se asocia también (Tangney et al 1998), con discrepancias entre el yo y las creencias acerca del yo ideal. Para Keltner (1995), la vergüenza al transgredir convenciones, incluso puede provocar cierta alegría, o según Leary et al (1996), o Miller & Leary (1992) puede servir para asegurar la adherencia a normas sociales. Así, existe cierto consenso de que la vergüenza a lo sumo juega un papel menor en la conducta moral.

La culpa como tema, sin ser obviada previamente, inició su investigación en la década 1970-80 para incrementarse en los años 90. Desde la psicología del desarrollo social según (Ferguson & Stegge 1998:20), la culpa se ha definido como "una emoción basada en la agitación o sentimiento doloroso de pesar que despierta cuando el actor es realmente causa o anticipa que causa, un evento aversivo con el que la culpa va asociada" (Eisenberg, 2000: 667). En base a algunas investigaciones (Ferguson & Stegge 1998, Hoffman 1998, Tangney 1991), el actor culpable acepta la responsabilidad por un comportamiento que viola las normas propias internalizadas o causa angustia en el otro y presenta deseos de hacer las paces o castigarse a si mismo. La culpa es más relevante para una discusión del juicio moral, aunque diferencias entre ambas emociones pueden no estar siempre del todo claras.

¹¹² Diversos filósofos y científicos (como Hobbes, Locke, Descartes, entre otros) estudiaron las emociones. Sin embargo fue Darwin quien propuso seis emociones básicas: felicidad, ira, sorpresa, tristeza, miedo y asco. La experiencia cotidiana sugiere que somos capaces de producir y reconocer muchas más. A partir de un modelo computacional (Universidad de Ohio, en Columbus) se han identificado al menos 21 emociones que utilizaban una combinación única de músculos faciales, que era diferente de las demás expresiones. Se considera la posible repercusión del estudio para la salud mental, cara a conocer categorías de emociones que utiliza nuestro sistema cognitivo. Publicado en: Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), marzo 2014. Recuperado de: [Novedades Trastornos ansiedad en boletín de www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com) recibido 2 de abril 2014.

Sin embargo dichas emociones parecen estar diferencialmente relacionadas con las respuestas empáticas. Tangney (1991) encontró que la culpa se asoció con la percepción subjetiva orientada hacia el otro y la capacidad de respuesta empática en los adultos, mientras que la vergüenza se asocio negativamente. Tangney también ha encontrado que la vergüenza por lo general es altamente correlacionada con problemas de externalización incluyendo la agresión, esto es relevante por su componente antisocial (Eisenberg, 2000: 668). Por otro lado ambas emociones, la culpa y la vergüenza se han relacionado con el miedo, la hostilidad, la ansiedad y la tristeza en la edad adulta. En resumen, a la culpa y la vergüenza se las relaciona con los comportamientos moralmente relevantes y la socialización. Los resultados suelen variar en función del índice de afectación, medidas, diferencias de género y el papel de las capacidades reguladoras de uno mismo (Eisenberg, 2000: 671).

En cuanto a la respuesta relacionada con la empatía, Eisenberg et al. (1994), definen la empatía como "una respuesta afectiva que se deriva de la aprehensión o comprensión del estado o condición emocional del otro y es "similar" a lo que la otra persona siente o se espera que sienta (Eisenberg, 2000: 671). No es lo mismo que lo que la otra persona está sintiendo, sino que consiste en sentimientos de tristeza y preocupación por el otro. Por otro lado, la angustia personal, según se ha comentado anteriormente, es una reacción afectiva que hace que una persona se sienta ansiosa cuando otra está triste, sin embargo en este caso, la angustia personal se asocia con el motivo de aliviar el propio estado afectivo aversivo. Así la empatía (y la simpatía)¹¹³ se interpretan como emociones orientadas a fomentar el altruismo personal y por tanto relacionadas con la moralidad, mientras que se cree que la angustia personal da lugar a un comportamiento egoísta motivado. Numerosos estudios demuestran una relación positiva entre la simpatía y el comportamiento pro-social y una relación negativa entre la angustia personal y el comportamiento prosocial, según Batson (1998) en adultos, y según Eisenberg & Fabes, (1991, 1998) en niños (Eisenberg, 2000: 672).

Por otro lado, durante varias décadas se ha debatido si el comportamiento pro-social es inducido por la empatía (o simpatía) o está motivado por el altruismo (una orientación hacia el otro puro) en lugar de egoísmo. Según Cialdini, et al. (1997), el más reciente desafío a la noción de altruismo verdadero, interpreta que se dirige tanto hacia la otra persona como a uno mismo (es decir hacer sentir mejor a uno mismo). Con datos publicados a favor y en contra de este argumento (Batson et al 1997b, Cialdini et al. 1997), para (Batson 1997, Neuberg et al. 1997) el debate continúa. En general los vínculos entre la simpatía disposicional y la conducta prosocial se han demostrado, aunque en diferentes grados. En sentido opuesto, (Carlo et al. 1998, Cohen & Strayer 1996, Hastings & Zahn-Waxler 1998, Tremblay et al. 1994) se han asociado con bajos niveles de agresividad en la adolescencia. En consecuencia, la conceptualización de la simpatía y la angustia personal condujo a la predicción de que las personas que pueden regular sus emociones y el comportamiento relacionado con estas, deben ser relativamente propensos a experimentar simpatía en lugar de angustia personal. Por otro lado, según Porges (1997), se considera que *promover la conducta prosocial y la calma*, favorece la regulación fisiológica (por ej. en favor del tono vagal cardíaco o la frecuencia cardíaca), debido a su efecto inhibitorio sobre las vías que simpatizan con el corazón. (Eisenberg, 2000: 675-76), y en la línea comentada desde la neurociencia. La ira y otras emociones negativas como por ej el asco y la tristeza, tienden a estar vinculadas sustancialmente con la percepción de la injusticia y la inmoralidad (Eisenberg, 2000: 683). Así según (Dix et al 1990, Keltner et al 1993), gente inducida a sentir enfado, también es propensa a atribuir la responsabilidad y la culpa a los demás, lo que podría aumentar la probabilidad de conducta agresiva (Eisenberg, 2000: 684). También según Spector (1997) la frustración en el lugar de trabajo se ha relacionado con la conducta antisocial (Quigley & Tedeschi 1996) considerando que media entre las atribuciones de la intencionalidad y según (Grahamet al 1997, 1992) las reacciones no constructivas de agresión al provocador (Eisenberg, 2000: 684). Así (Eisenberg et al 1993, 1999a, 1997b; Ladd & Profilet 1996) refieren que la capacidad de *regular los procesos de atención parece jugar un papel importante en el desarrollo y la promulgación de la conducta moralmente relevante*. Por otro lado la *regulación atencional se ha*

¹¹³ Eisenberg (2000: 665-697) emplea los términos empatía y simpatía, según la mención contextual en el texto o estudio al que se refiere.

asociado con alta competencia social y conducta prosocial y para (Eisenberg et al 1996a, Ladd & Profilet 1996), con el comportamiento bajo en problemas (Eisenberg, 2000: 686). De esta forma, los comportamientos de relevancia moral se prevén no solo por la regulación de la emocionalidad (especialmente emocionalidad negativa), sino también por la combinación de los dos. Hallazgos como estos sugieren que estas diferencias individuales (tendencia a experimentar *emociones negativas y capacidad de modular la activación emocional*) *deben ser consideradas al teorizar sobre la predicción y el desarrollo moral y la conducta.* (Eisenberg, 2000: 688).

Modelo de Empatía Motivada¹¹⁴ (Zaki, 2014: 1608-1647).

El autor explica el fenómeno de la empatía y propone un modelo teórico de empatía motivada. El desarrollo de su estudio recoge un amplio cuerpo teórico de conocimientos, avalado por investigaciones empíricas. En la estructura de su trabajo incluye también la evaluación crítica de su razonamiento y contraste de aportaciones. Su extenso recorrido por el cuerpo de la literatura especializada existente, revisa los componentes y antecedentes de la empatía a través de diversas disciplinas (teoría temprana, teoría contemporánea, Psicología del desarrollo, Etología, Psicología Social y Neurociencia) mediante las cuales, muestra el nexo común de automaticidad de la empatía para reincidir posteriormente, en el fuerte vínculo de la empatía con el contexto situacional (que argumenta mediante evidencias de diferencias empáticas sobre el conflicto intergrupo y experiencia, demostrando la especificidad de determinadas situaciones) (p. 1608-1611)

Por otro lado, aporta los fundamentos y estructura de su propuesta de la empatía como modelo motivado, a través de fuentes recientes que justifican los motivos empáticos mediante teoría social evolutiva con soporte de estudios que explican la adaptación social (se apoya en el cuidado de la prole, la identificación endogrupal y la exclusión del grupo). En cuanto a los mecanismos de apoyo de la motivación empática, integra el procesamiento de la información (y posibles sesgos de procesamiento) y la modulación. En la modulación, los motivos para experimentar o evitar determinados estados afectivos dependen de: metas (por ej logro), situaciones explícitas, situaciones implícitas, pueden anticiparse y también modificar su interpretación en el curso de las mismas, ya sea para evitarlas o prolongarlas. En estos mismos fundamentos del modelo motivado de empatía que propone el autor, incluye estrategias reguladoras de la empatía, integradas por la selección de la situación y la modulación de la atención. La selección de la situación, comprende la reacción objetiva ante señales o también se apunta la posibilidad de que los empatizadores tomen decisiones previas, antes de ser expuestos a las señales situacionales. En cuanto a la modulación de la atención, señala como los observadores (o empatizadores) pueden responder con el aumento o disminución de la atención en función de objetivos personales y sociales (p. 1611-1614).

En cuanto a la evidencia acerca de la empatía motivada, sin agotar las posibilidades que puedan existir, el autor incluye tres factores de evitación (dolor, coste e interferencias) y tres factores de aproximación (capitalización, afiliación y atractivo o deseabilidad de la situación). En cuanto a los factores de *evitación*: sobre el dolor refiere que ejerce un coste afectivo y hace que los observadores se sientan mal, especialmente si hay proximidad afectiva. Coste, además del desgaste o coste emocional, la empatía puede producir coste material y generar búsqueda de formas menos costosas [como por ej. la caridad alcanzable]. En cuanto a las interferencias Zaki (2014) se refiere especialmente a la competencia, dentro de un grupo, donde se dan experiencias competitivas y la empatía podría dificultar el alcance de ciertos objetivos. En relación con los factores de *aproximación* a la empatía, el autor plantea la capitalización, como el provecho de los beneficios emocionales de la empatía positiva en el empatizador. La afiliación, refiere que en este modelo los observadores deben buscar empatía incluso cuando es

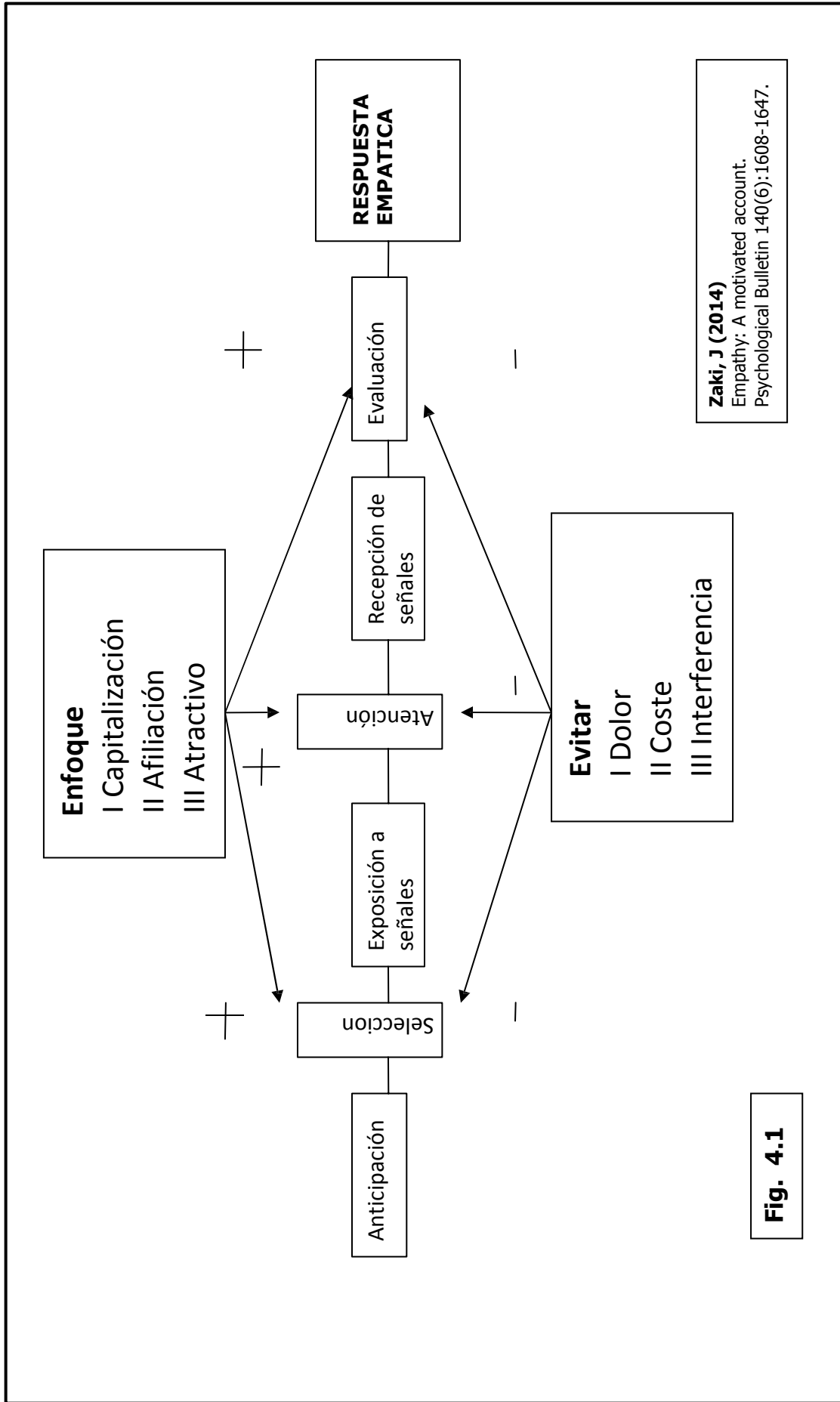
¹¹⁴ Zaki (2014): Empathy: A motivated account. Jamil Zaki, es Profesor de Psicología en la Universidad de Stanford (California).

dolorosa, siempre que ésta les permita fortalecer los lazos sociales. El atractivo o deseabilidad de la situación, se refiere a que la empatía es vista generalmente como un rasgo positivo y en coherencia con los propios valores, puede ser una fuente de sentido, incluso cuando es dolorosa (p. 1614-1631).

En el siguiente apartado, el autor plantea implicaciones para un modelo de empatía motivada. En este sentido se refiere a las conexiones de su propuesta con modelos teóricos existentes e indica que la consideración de que la motivación afecta la cognición social y el comportamiento no es nuevo. Recoge críticas en este sentido (por ej. que "la resonancia neuronal lejos de ser omnipresente, esta condicionada por los contextos en los que se encuentran los observadores"), Zaki (2014: 1631) apunta que un modelo motivado de empatía extiende estas contribuciones, especificando motivos de los observadores para buscar o evitar la empatía y la forma que promulgan dichos motivos a través de estrategias de regulación. En el siguiente apartado sobre motivación y automaticidad, el autor manifiesta que la evidencia sobre las características de la empatía motivada, no suplanta la idea de que puede ser y a menudo es automática, donde clarifica que los procesos empáticos se entienden mejor como un reflejo denso de interacciones bidireccionales, entre motivaciones y reacciones afectivas automáticas. En este y en otros apartados, el autor, mediante apoyo empírico, pone el ejemplo de cómo un médico, o en su caso una enfermera, puede necesitar regular a la baja el intercambio de experiencias empáticas para hacer bien su trabajo, por ej. ante una herida espantosa. Zaki (2014: 1631-1632). En cuanto al apartado self-versus otros motivos orientados, el autor refiere que se ha centrado en la persona empatizadora, interpretando que de ella probablemente se combinan o derivan situaciones interpersonales (cita como ejemplo la desvinculación moral en la competencia intergrupala). También agrega que los motivos orientados a la experiencia o evitación de la empatía son consistentes con la hipótesis sobre empatía-altruismo de Batson (1991, 2011), cara a ayudar a otros para su bienestar (preocupación empática) en lugar de empatía negativa o auto-orientada (angustia personal). En este apartado el autor se refiere al constructo de la compasión, (según cf. Goetz et al., 2010) como un estado con motivos empáticamente orientados con el objetivo de reducir el sufrimiento de otros, que no requiere que las emociones que se sientan sean congruentes con los objetivos (no produce índices de intercambio de experiencias por ej a través de resonancia neural) y se asocia con efectos subjetivamente positivos. Para (cf. Goetz, Simon-Thomas, y Keltner, 2010; Preston, 2013) la compasión, puede compartir raíces evolutivas con la aproximación empática, por ejemplo, los mismos instintos de cuidados. Zaki (2014: 1632).

A continuación, en el siguiente apartado se refiere a la (Des)utilidad de la empatía, donde aborda la crítica de que la empatía por su automaticidad representa una fuente defectuosa de juicios morales y conducta prosocial. Al respecto el autor aporta algunas evidencias de respuestas de rendimiento positivo del comportamiento empático motivado en niños autistas, así como algunas referencias acerca de la actividad cerebral en estos casos. Finalmente Zaki (2014) aborda las implicaciones de este modelo para la comprensión y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y en concreto se refiere al caso del autismo o Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la psicopatía. Con características distintivas entre una anomalía y otra, ambos casos tienen como rasgo común dificultades en la expresión de empatía en general, cuyo comportamiento presenta particularidades en cada una de estas dos tipologías. Al respecto, el autor incluye el caso de alguna experiencia con respuestas positivas por parte de las personas afectadas de TEA y psicopatía, que explican que un modelo de empatía motivada podría ser beneficioso para estas dolencias.

Al referirse a las intervenciones (que específicamente se abordaran en el apartado del programa en este estudio) el autor se refiere (Klimecki et al, 2014;. Leiberg, Klimecki, & Singer, 2011;. Weng et al, 2013) a la popularidad reciente de adaptar prácticas budistas de meditación para aumentar la empatía subjetiva ante la compasión y la prosocialidad y reducir la tensión nerviosa (p 1633). También comenta otras implicaciones relevantes, como la oscilación social y longitudinal de la empatía. Para (Konrath, O'Brien, y Hsing, 2011) datos sociológicos mediante auto-reportes, apoyan disminuciones en las puntuaciones de empatía de los estudiantes universitarios en los últimos 40 años. En sentido contrario, Pinker (2011) sugirió que las reducciones a gran escala en la violencia a lo largo de la historia, se derivan de un aumento de



Elaboración y traducción propia a partir de la fuente citada.

la empatía, sobre todo hacia los demás socialmente distantes. El autor refiere que estos hallazgos convergen para sugerir que la empatía a amplia escala es maleable. Finalmente, en general, concluye acerca de la utilidad y posible repercusión de este modelo para la investigación y la teoría, apuntando que abre numerosas direcciones nuevas para el entendimiento cuando falla la empatía y para aprovecharla cuando no es algo natural y es más necesaria (pp 1632-1634). El modelo propuesto por el autor se aporta en la Figura 4.1. (Zaki, 2014: 1608-1647).

Inteligencia emocional y enfermería

Según Bisquerra, desde corrientes sociológicas las emociones son construcciones sociales que se viven dentro de un espacio interpersonal en relación con factores sociales y culturales propios de los grupos. Desde la psicología cognitiva su mayor énfasis recae en la educación. (Bisquerra, 2009: 62). La expresión inteligencia emocional (IE) se ubica en los años 90, con antecedentes en obras de la emoción y la inteligencia y en especial en las aplicaciones prácticas del counseling y la psicoterapia a través de Maslow, Roger y Allport, a mediados del siglo XX. Posteriormente en 1990, aparece el trabajo de Mayer y Salovey, y le siguen los de Goleman (1995) y Bar-On (1997) (Tablas 4.21, 4.22, 4.23), referenciados en el apartado de emociones de este estudio. La distinción principal de los modelos de inteligencia emocional consiste en la consideración básica de su atribución como: *capacidad* (o habilidades, lo que sería parte de la inteligencia) (Salovey y Mayer 1990, 2007) o como *rasgo* de personalidad. En el caso de Goleman (1995) y Bar-On (1997) se considera un modelo *mixto*. Las aportaciones de la neurociencia según Bisquerra, a partir de Bechara, Tranel y Damasio, (2000) apoyan la existencia de una IE entendida como habilidades distintas de las habilidades cognitivas o coeficiente intelectual (Bisquerra, 2009: 125-135).

La inteligencia emocional en la formación enfermera. Durante los últimos años, en el ámbito internacional han proliferado múltiples estudios interesados por la inteligencia emocional en enfermería, tanto en el ámbito asistencial como en el formativo. Los resultados han sido heterogéneos. Por ejemplo: Cruz, Carvalho, Sousa (2015), encuentran una correlación débil entre dos escalas (versión portuguesa de Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS©) y Veiga Branco Emotional Intelligence Capabilities Scale (VBEICS©) y supervisión clínica (Portugal); Beauvais, Brady, O'Shea, Quin Griffin (2011) encuentran correlaciones positivas entre cuatro (enseñanza/colaboración, planificación/evaluación, relaciones interpersonales/comunicación y desarrollo profesional) de las seis subescalas del MSCEIT (no se correlacionan cuidados críticos y liderazgo) (EEUU); Benson, Ploeg, Brown (2010) encuentran puntuaciones dentro de una inteligencia emocional socialmente eficaz a partir del modelo Bar-on en estudiantes de enfermería de cuatro cursos (Canadá); Bulmer Smith, Profetto-McGrath, Cummings (2009) realizan una revisión que incluye 39 estudios publicados entre 1995-2007. Informan que la literatura se centra en la formación, la asistencia, la toma de decisiones clínicas y el liderazgo clínico. Indican que la mayoría de estudios presenta muestras pequeñas en los trabajos revisados. Entre sus hallazgos destacan importantes lagunas en los conocimientos relacionados con la inteligencia emocional y la educación en enfermería, la práctica y el liderazgo (Canadá), etc. sin embargo el interés es grande y se aborda como una necesidad imperiosa en esta formación.

Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, Harkness (2015), realizan una revisión sobre la educación en IE en programas de pregraduados en enfermería. Identifican tres categorías: 1) Las construcciones teóricas de la inteligencia emocional; 2) Componentes de IE en planes de estudio y 3) Estrategias para la educación en inteligencia emocional. Se seleccionan 17 artículos de un total de 305 revisados y publicados entre 1992-2014. Países de inclusión: EEUU, Reino Unido y Nueva Zelanda, por ello se apunta riesgo de sesgo occidental. *Resultados:* remarcan la necesidad de incluir la IE en los planes de estudio de enfermería e informar de la forma de evaluación y pedagogía utilizada. Indican la falta de evidencia empírica sobre el desarrollo de la inteligencia emocional en planes de estudio. Sobre categorías analizadas indican

lo siguiente: 1) Uso predominante del modelo de rasgo o mixto de inteligencia emocional; 2) Indican la necesidad de mayor clarificación del concepto de inteligencia emocional a emplear, a ser posible a partir de constructos validados. Orientan hacia la consideración de la inteligencia emocional como *capacidad* (por ej. Mayer Salovey 1997), en lugar de referentes diversos. 3) Estrategias educativas: indican escasez (n=3) de los módulos de IE o enfoques desarrollados y probados en planes de estudio, aspecto que resalta la naturaleza emergente de la inteligencia emocional en enfermería. Consideran la inteligencia emocional en los programas de los planes de estudio como (Meyer y Land, 2003) un concepto clave en el aprendizaje y base para la gestión de la emoción personal e interpersonal en enfermería. A su vez, ven la oportunidad para que los estudiantes desarrollen nuevas formas de pensar y practicar la comunicación interpersonal efectiva. Refieren que el constructo *capacidad* de la inteligencia emocional (Salovey y Grewal, 2005) se puede emplear como una heurística organizadora o marco que incluye las habilidades personales e interpersonales relacionadas con la elaboración de las emociones y proporciona una base conceptual validada desde la que desarrollar componentes y currículos (andamio), para medir posteriormente la capacidad de inteligencia emocional en los estudiantes. Las estrategias educativas localizadas en la revisión incluyen enfoques de aprendizaje (reflexivo, experiencial, rol-playing, soporte al crecimiento personal, evaluación de la inteligencia emocional autoevaluación, etc.), combinado con enfoques convencionales (Freshwater, Stickley, 2004) que pueden facilitar involucrar a los estudiantes con sus emociones y en el desarrollo de las interacciones interpersonales. Además se orienta (Hurley 2008) que la inclusión de pacientes y familiares en el desarrollo curricular y co-enseñanza, puede aumentar la relevancia de la inteligencia emocional y apoyar el desarrollo de la empatía y mejorar las habilidades de comunicación interpersonal in situ. Resumiendo, hay una necesidad de evaluación y notificación de nuevos desarrollos de la inteligencia emocional integral, que incluya en la perspectiva actores clave (estudiantes, personal académico y clínico, pacientes, familiares y servicios de salud). Se ha encontrado que la inteligencia emocional en enfermería puede tener efectos positivos (Karimi et al. 2014) para el bienestar con influencia en el rendimiento laboral y atención al paciente y en el estrés laboral. A la vez (Bennett y Sawatzky, 2013) puede ser una estrategia clave para favorecer la retención de enfermeras en la profesión y reducir el impacto negativo del trabajo. Finalmente (Harper y Jones-Schenk, 2012) se advierte que la empatía puede disminuir con la edad, lo que es problemático para una profesión que cuida, por lo que hay una necesidad concomitante de la IE en la educación en enfermería y en los programas de postgrado (Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, Harkness, 2015: 510-17).

Mindfulness (técnica de potenciación de autoconciencia).

En la actualidad, diversos tipos de aportaciones y estudios apoyan la utilización de la técnica de mindfulness (término traducido al español como conciencia plena o atención vigilante) en relación con la actividad relacional, la comunicación y especialmente con la gestión del estrés y para obtener concentración con la actividad que se está realizando (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, Mount, 2009: 1155-1164). A partir de técnicas de neuroimagen y el análisis de su actividad, se aprecia que la zona prefrontal (cortex prefrontal) se relaciona con el estrés. La zona prefrontal izquierda se relaciona con ideas positivas (entusiasmo, energía y colaboración) y la zona prefrontal derecha con ideas negativas (angustias). No obstante, existe un índice de actividad en ambas zonas en reposo, que se considera el punto de ajuste emocional. Entre los estudios realizados, se atribuye que quienes experimentan más acontecimientos emocionales positivos y menor proporción de negativos, tienen más posibilidad de tener una vida más próspera. A partir de aquí se han procurado técnicas que aumenten o potencien el bienestar emocional (actividad en cortex prefrontal izquierdo) y entre ellas está la técnica meditativa de mindfulness que se considera que produce un buen refuerzo del dominio de dichas zonas determinantes del cortex prefrontal. Daniel Siegel de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA), es autor de un análisis del proceso en dichas zonas. En suma, la conciencia plena consiste en cultivar la experiencia del momento, una conciencia que no juzga y no reacciona ante los pensamientos o los sentimientos que le puedan pasar por la

Tabla 4.21

Inteligencia emocional modelo de Salovey y Mayer		
Modelo de Mayer y Salovey (1997, 2007) Mayer, Salovey y Caruso (2000)	Percepción emocional Facilitación emocional del pensamiento Comprensión emocional Regulación emocional	
	Yo	Otros
<i>Conciencia emocional</i>	AUTOCONCIENCIA	CONCIENCIA SOCIAL
	Conciencia emocional Autonocimiento Autoconfianza	Empatía Conciencia organizacional Orientación al servicio
Gestión emocional	AUTOGESTION	COMPETENCIAS SOCIALES
	Autorregulación Adaptabilidad Orientación al trabajo Iniciativa	Desarrollo de los demás Liderazgo Influencia Comunicación Catalizador del cambio Gestión de conflictos Construcción de lazos Trabajo en equipo Colaboración
Fuente: Elaboración propia a partir de Bisquerra (2009). Psicopedagogía de las emociones. Editorial Síntesis. Madrid. Pág. 129-130		

Tabla 4.22

Inteligencia emocional modelo de Goleman	
1995	
Conocer Las propias emociones Manejar las emociones Motivarse a uno mismo Reconocer las emociones de los demás Establecer relaciones	
1998	
Autoconciencia	Autoconciencia emocional, autoevaluación apropiada, autoconfianza
Autorregulación	Autocontrol, confiabilidad, responsabilidad, adaptabilidad, innovación
Automotivación	Motivación de logro, compromiso, iniciativa, optimismo
Empatía	Empatía, conciencia organizacional, orientación al servicio, desarrollo de los demás, aprovechamiento de los demás
Habilidades sociales	Liderazgo, comunicación, influencia, canalización del cambio, gestión de conflictos, construcción de alianzas, colaboración y cooperación, trabajo en equipo
Fuente: Elaboración propia a partir de Bisquerra (2009). Psicopedagogía de las emociones. Editorial Síntesis. Madrid. Pág.131-133	

Tabla 4.23

Inteligencia emocional modelo de Bar-on (1997)	
Componente intrapersonal	Autoconciencia emocional, asertividad, autoestima, autorrealización, independencia
Componente interpersonal	Empatía, relaciones interpersonales, responsabilidad social
Componente de adaptabilidad	Solución de problemas, prueba de realidad, flexibilidad
Gestión del estrés	Tolerancia al estrés, control de la impulsividad
Estado de ánimo general	Felicidad, optimismo
<p>“Prueba de realidad”: Se refiere a la habilidad para evaluar el contraste entre la subjetividad y la objetividad (Bisquerra, 2009:134)</p>	
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de Bisquerra (2009). Psicopedagogía de las emociones. Editorial Síntesis. Madrid. Pág. 133-134</p>	

mente. Es un método eficaz para relajarse y entrar en un estado de tranquilidad y equilibrio. (Goleman, 2012: 48-50).

La reducción del estrés a partir de la conciencia plena es un método creado por Jon Kabat-Zinn y empleado en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, que se emplea para mejorar el bienestar de enfermos y también se emplea para la formación en los estudios de medicina. Las explicaciones del autor acerca de los propósitos de la aplicación de la técnica, giran en torno a producir un cambio en la autoconciencia individual, en el sentido de obtener mayor conciencia de lo que se vive y de cómo o porqué se vive de una determinada manera, cuestiones que se contempla que favorecen elementos sanadores. Por otro lado, dicha práctica en estadios más avanzados favorece la generosidad y altruismo con los demás (Salzberg y Kabat-Zinn, 2010: 123-164). Finalmente, la autoconciencia es promovida a través de los programas de comunicación para profesionales de la salud, especialmente de la medicina, en la Academia Americana de Comunicación y salud (American Academy on Communication in Healthcare)¹¹⁵, (Chou, Hirschmann, Fortin VI, & Lichstein, 2014:1051-1056). Algunas evidencias sobre estudios realizados pueden observarse en las Tablas 4.24, 4.25, 4.26. También desde la neurociencia y en relación con la inteligencia emocional, Reuven Bar-On (1997), propone una prueba (cuestionario de 133 ítems) sobre la que se han podido realizar controles y contrastes de medición, que según Morgado (2006: 202) se ha mostrado útil para detectar niveles de inteligencia emocional, donde se explora entre otros aspectos el afrontamiento del estrés (junto con características intrapersonales e interpersonales y adaptabilidad a situaciones y humor en general) (Morgado, 2006: 185). En enfermería, un estudio de revisión sobre inteligencia emocional en programas de estudio de pregraduados, identifica que Benson, Ploeg, Brown (2010) encuentran puntuaciones dentro de una inteligencia emocional socialmente eficaz a partir del modelo Bar-on en estudiantes de pregrado de enfermería de cuatro cursos en Canadá (Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, Harkness (2015).

Las necesidades en torno a la comunicación asistencial enfermera-paciente provenientes de diversos de autores, planteadas con anterioridad en este estudio, enfatizan los requerimientos comunicativos de enfermería en relación con el paciente crítico y/o final de vida del paciente y su familia. Ese tipo de cuidados y apoyo requiere atención específica y especialmente de tipo emocional. Sin embargo, existen todavía dos aspectos a contemplar, que estarían, entre otras consideraciones (por ej. de tipo organizacional) en relación con dicha dedicación. Se trata del síndrome de burnout y las pérdidas y el duelo en relación con el trabajo de la enfermera, según se aborda a continuación.

Estrés profesional crónico. El llamado síndrome de burnout traducido al español como "síndrome de quemarse por el trabajo" (Olivares y Gil-Monte, 2009), consiste, en esencia, en que el individuo se ve desbordado e impotente para hacer frente a las dificultades del entorno laboral (Gil-Monte et al., 2006). Se describe como la etapa final de un episodio de estrés laboral de curso crónico que solo tendría consecuencias negativas, a diferencia del estrés, que puede tenerlas también positivas (por ej. en el sentido de dotar de activación para solucionar potencialmente un problema). La respuesta de la persona afectada puede ser moderada y en ocasiones menos frecuentes intensa. En conjunto, este síndrome se caracteriza por un deterioro cognitivo (con pérdida de ilusión y baja realización personal por el trabajo) y deterioro afectivo (caracterizado por agotamiento emocional y físico) que da lugar a la aparición de comportamientos y actitudes negativas en forma de conductas indiferentes, frías, distantes y lesivas con repercusión en los clientes y la organización, afectando la calidad de los servicios prestados (Gil-Monte et al., 2006). En 1981, Christina Maslach definió el burnout como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP)¹¹⁶ que puede suceder entre personas que trabajan en contacto

¹¹⁵ Chou, Hirschmann, Fortin VI, & Lichstein (2014). The Impact of a Faculty Learning Community on Professional and Personal Development: The Facilitator Training Program of the American Academy on Communication in Healthcare. *Academic Medicine*, Vol. 89, (7): 1051-1056

¹¹⁶ *Agotamiento emocional (AE)*. Disminución de recursos emocionales y personales del profesional. Se traduce en fatiga mental, física y emocional no proporcional a la carga de trabajo. *Despersonalización*

directo con clientes y/o pacientes". Juntamente con Susan Jackson, dicha autora creó uno de los instrumentos más empleados internacionalmente para medir el burnout: el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, donde se diferencian tres subescalas y se miden las tres dimensiones mencionadas (Vilà, Cruzate, Orfila, Creixell, González López y Davins, 2015: 25-31).

El "burnout" ha sido estudiado como una vulnerabilidad en las profesiones de ayuda entre las que se encuentra enfermería (Ramos, De Castro, Galindo y Fernández Valladares, 1998), y detectada su presencia en diversidad de estudios nacionales e internacionales (Sabater, Garrido, Puig, Vilchez, Moreno, Coletas, 2015: 1-14). Entre los problemas que aparecen en esta profesión se han citado algunos como: sobresaturación de tareas, de relación con el equipo, turnos, conflictos con médicos y falta de soporte social en el trabajo (Martín Arribas, 2007). Los escenarios de exposición son las diversas áreas asistenciales, tanto de atención primaria como hospitalaria en sus diversas especialidades, sin embargo, existen marcadas oscilaciones dependiendo del tipo de servicio y su actividad asistencial, así como otras variables organizacionales y metodológicas (por ej. en el sentido de muestras mixtas que pueden dificultar su comparación) (Sabater, Garrido, Puig, et al. 2015: 1-14).

En determinados contextos formativos se advierte de este riesgo. Es el caso por ej. de Cataluña, a través del estudio *La salut dels MIR. Guia per a tutors i professionals dels centres sanitaris docents*. Integra la prevención de riesgos profesionales en el periodo de residencia de la formación de médicos internos residentes (MIR) y reconoce que el nivel de estrés entre los profesionales de la salud es superior al del resto de la población, que según Firth-Cozens (1999) sitúa en torno al 18%, con el consiguiente riesgo de psicopatología. Se plantean vulnerabilidades de estos profesionales en el ámbito asistencial, en base a la exposición a una diversidad importante de fuentes de estrés laboral y el consiguiente riesgo de distanciamiento y deshumanización. Entre sus causas indica aspectos como los siguientes: institucionales (por presión asistencial constante, falta de trabajo en equipo y soporte), asistenciales (relacionados con la tarea, por ej. contactos con situaciones emocionalmente impactantes), políticos (por ej. aumento quejas asistenciales) y personales (por ej. elevada auto-exigencia, falta de recursos de adaptación para hacer frente al entorno). En este contexto se reconoce la utilidad de formación en habilidades comunicativas, trabajo en equipo, trabajo interdisciplinario, relación y gestión de emociones, aparte de una formación adecuada en bioética, junto a atributos personales como la actitud y la madurez psicológica (Massachs, Arteman, 2007:13-30)¹¹⁷. Otros ejemplos, podrían ser los siguientes:

a) *España. (Instrumento MBI): Estudio transversal multicéntrico en diversos tipos de profesionales de la salud*. En Cataluña, en un estudio realizado con trabajadores fijos e interinos de todas las categorías profesionales de 51 Equipo de Atención Primaria (N = 2398) del Institut Català de la Salut en Barcelona, al que respondieron 879 sujetos (36,7%), la prevalencia de burnout fue del 17,2% (Vilà Falgueras, Cruzate Muñoz, Orfila Pernas, Creixell Sureda, González López y Davins Miralles, 2015: 25-31). b) *España. (Instrumento MBI): Enfermeras y auxiliares de clínica en hospitalización (UVI: Unidad de Vigilancia Intensiva)*. En una muestra de 68 enfermeras y auxiliares que trabajaban en UVI, se autoadministra el MBI y en los resultados se encuentran bajas puntuaciones en las tres dimensiones del síndrome (AE, DP, RP), aunque se expone la tendencia a padecerlo la mayoría (45,6%) de la muestra estudiada (Sánchez Alonso, Sierra Ortega, 2014: 252-266). c) *Reino Unido (Gales). (Instrumento MBI): Enfermería de salud mental comunitaria*. En el país de Gales, Edwards et al. (2000), a partir del empleo del citado

(DP). Consecuencia del AE. La falta de recursos emocionales lleva al profesional a protegerse frente al usuario, deja de verlo como una persona y lo trata como un objeto, y se inicia una falta de empatía y de implicación. *Realización personal (RP)*. Factor protector frente al burnout. El profesional con realización personal alta está motivado, siente que influye positivamente sobre la vida de los pacientes, y es capaz de tratar los problemas emocionales con calma y seguridad (Vilà, Cruzate, Orfila, Creixell, González López y Davins, 2015).

¹¹⁷ La autora de este estudio viene ofertando una asignatura optativa "Prevención de la síndrome de burnout en els equips de salut" en el grado de enfermería desde su implantación en la Escuela de Enfermería de la UB, con notable éxito entre los estudiantes (compartido uno de los dos grupos de docencia en diversos cursos con M. Puig).

Tabla 4.24

Mindfulness: evidencias en profesionales de la salud y estudiantes		
Publicación	Características estudio	Resultados
1. Krasner et al. (2009).	EEUU. Estudio que incluyó a 70 médicos de atención primaria en educación médica continua en Rochester y Nueva York entre 2007-2008. Argumenta que estos profesionales reportan altos niveles de angustia, vinculados al agotamiento, desgaste y una peor calidad de la atención. Se reconoce que los programas para reducir el desgaste antes de que se transforme en deterioro son raros o escasos. El objetivo fue determinar si un programa educativo intensivo en la atención, la comunicación y conciencia de sí mismo se asocia con una mejoría en la atención primaria de los médicos, el bienestar y la capacidad para relacionarse con los pacientes en detrimento del malestar psicológico y agotamiento. Se propuso un curso que incluyó meditación de atención plena, ejercicios de autoconciencia, narrativas acerca de las experiencias clínicas significativas, entrevistas apreciativas, material didáctico y discusión. Le siguió una fase intensiva de 8 semanas (2,5 h / semana, retiro de 7 horas) mas una fase de mantenimiento de 10 meses (2,5 h / mes). Las principales medidas de resultado se basan en: Mindfulness (2 subescalas), burnout (3 subescalas), empatía (3 subescalas), orientación psicosocial, personalidad (5 factores), y el estado de ánimo (6 subescalas). Todo ello medido al inicio del estudio ya los 2, 12 y 15 meses.	Conclusiones: La participación en un programa de comunicación consciente se asoció con mejoras a corto plazo y sostenidas en el bienestar y actitudes asociadas en la atención centrada en el cuidado del paciente. Se indica que tales resultados justifican los ensayos aleatorios con una variedad de médicos en ejercicio.
2. Martín Asueroa, et al. (2013).	España. Un estudio evaluó la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria (AP) (n=87 profesionales AP). Método: Se midieron el burnout (Inventario de Maslach), la alteración emocional (POMS), la empatía (Jefferson) y el mindfulness (FFMQ), la adherencia a la intervención y los cambios de actitudes. Las mediciones se realizaron al inicio, a las 8 semanas y a los 6 y 12 meses. La intervención duró 1 año, con dos fases: una intensiva de 28 horas, repartidas durante 8 semanas, y otra de mantenimiento de 2,5 horas mensuales en 10 meses. El efecto del programa se evaluó mediante diferencia de medias, respuesta media estandarizada (RME) y modelos mixtos de medidas repetidas.	Resultados: La puntuación de todas las escalas mejoró significativamente durante todo el seguimiento respecto a los valores basales. Las mayores diferencias se obtuvieron a los 12 meses. La fase post intensiva presentó la mejora más acusada en la diferencia entre puntuaciones consecutivas. Al final de la intervención, el 89% de los participantes practicaba por su cuenta los ejercicios y el 94% indicó mejoras en autocuidado y profesionalismo. Conclusión: Un programa basado en mindfulness muestra una disminución del burnout y de la alteración emocional, con una mejora en la empatía y en la conciencia plena. Fomenta actitudes hacia el autocuidado
3. Ramos, et al. (2009).	España. Estudio realizado en la Universidad de Málaga de ocho semanas de duración, sobre un entrenamiento en inteligencia emocional (IE) (Mayer y Salovey, 1997) integraba la conciencia plena (mindfulness), siguiendo las pautas recomendadas en el programa de reducción del estrés de Kabat-Zinn (1990). El propósito del estudio fue valorar el programa integrado en estudiantes universitarios en comparación con un grupo control. Se usa el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ, Garnefski, Kraaij&Spinhoven, 2001).	Resultados: descenso en los niveles de ansiedad y cambios significativos en el uso de estrategias cognitivas de regulación emocional. Los participantes mostraron menos tendencia a culparse y mayor planificación de la mente frente a problemas cotidianos y mayor capacidad de apreciar lo positivo. El mindfulness en los programas de IE conlleva beneficios a corto plazo.
<p>Fuente: realización propia a partir de publicaciones indicadas.</p> <p>1. Krasner, Epstein, Beckman, Suchman, Chapman, Mooney, Quill (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. JAMA, 302 (12): 1284-1293</p> <p>2. Martín Asueroa, Rodríguez Blanco, Pujol-Ribera, Berenguera y Moix Queraltó 2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. Gaceta Sanitaria, 27(6):521-528</p> <p>3. Ramos, Hernández, Blanca (2009). Efectos de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. Ansiedad y Estres, 15(2-3), 207-216.</p>		
<p>Total 70 estudios interpretados de Mindfulness (al contemplar estudio de revision)</p>		

Tabla 4.25

Mindfulness y enfermería		
Publicación	Características estudio	Resultados
4. Beddoe & Murphy, (2004).	California. Evaluación de un curso sobre estrés y empatía de 8 semanas, en estudiantes de enfermería (n=16). Objetivo: proporcionar herramientas (mediante cintas de audio de meditación guiada en casa, y completado con tareas de un diario) para lidiar con el estrés personal y profesional y para fomentar la empatía y el conocimiento intrapersonal.	Resultados estadísticos, mostraron reducción significativa de la ansiedad ($p > 0,05$). También tendencias favorables en dimensiones como: la presión del equipo, el estrés general, la empatía y la angustia personal, así como la tendencia a asumir las emociones negativas de los demás. La meditación regular en casa se correlacionó con un beneficio adicional en la mejora de habilidades de afrontamiento. Mindfulness puede beneficiar la educación enfermera.
5. Romeu et al. (2009).	España. En base a la intervención estandarizada "facilitar la meditación" (McCloskey, Bulechek, 2002) desde enfermería de Salud mental, la técnica de mindfulness ha sido aplicada para favorecer el autocuidado de los pacientes e incrementar sus recursos, tanto desde un enfoque preventivo como específicamente para contrarrestar la ansiedad, el dolor y otros diagnósticos enfermeros.	Resultados: Se realizan sesiones grupales y se recoge opinión favorable declarada por los pacientes y la observación positiva de sus efectos por parte de los profesionales.
6. Moody, et al. (2013).	EEUU (Nueva York) e Israel. Evaluación de un curso de mindfulness, n=48 de mayoría de enfermeras, contrastada con un grupo control. Recibieron ocho sesiones semanales, en hospitales de Nueva York e Israel. La afectación primaria era de burnout (síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de los sentimientos de logro), considerado no excepcional entre el personal de oncología pediátrica.	Resultados benefactores. Análisis cualitativo de los diarios mantenidos por los sujetos. Los resultados revelaron la reducción del estrés, la mejora de la paz interior, la compasión y la alegría, así como un mejor enfoque y autoconocimiento y menos síntomas somáticos en el grupo de intervención.
7. White (2014).	Universidad Ottawa (Canadá). Estudio de revisión . Objetivo: Análisis del concepto mindfulness en relación con enfermería y su proceso de transformación. Se obtienen 59 artículos teóricos ingleses entre 1981-2012. Se analizan especialmente: atributos, antecedentes, consecuencias, referencias y términos relacionados que surgieron en relación a la atención en la literatura de enfermería.	Resultados: Cinco atributos intrínsecamente conectados: "aumento de la experiencia" "estar presente", "aceptación", "atención", "conciencia". Se reconoce aplicación práctica de mindfulness para: autocuidado, cualidades terapéuticas holísticas, así como educacionales y progreso temático de la investigación enfermera.
<p>Fuente: realización propia a partir de publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>4. Beddoe & Murphy, (2004). Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students? Journal of Nursing Education, 43(7): 305-312</p> <p>5. Romeu, Ramal, Márquez, (2009). Técnica de "Conciencia plena" (<i>mindfulness</i>) en la práctica enfermera de salud mental. Revista Presencia 5(10).</p> <p>6. Moody, Kramer, Santizo, Magro, Wyshogrod, Ambrosio, Castillo, Lieberman, Stein, (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology a pilot program. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 30(5):275-84</p> <p>7. White (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing 70(2): 282–294</p> <p>Total 70 estudios interpretados de Mindfulness (al contemplar estudio de revisión)</p>		

Tabla 4.26

Mindfulness y comunicación		
Publicación	Características estudio	Resultados
8. Thomas H K (2011).	Proyecto de evaluación. Explora respuestas de estudiantes a ejercicios de meditación contemplativa requeridos en un curso de comunicación. Estos ejercicios complementan los aspectos de oratoria del curso. La intención es que los estudiantes se sientan más seguros al realizar las presentaciones.	Resultados: una encuesta reveló que la mitad de los estudiantes identificaron algunos de los ejercicios como muy útiles o como prácticas que pretendían continuar. Los resultados sugieren que algunos cambios menores en los ejercicios se podrían hacer, aunque el componente contemplativo parece útil para los estudiantes en el curso e incluso más allá.
9. Tejedor, et al. (2014).	Se ha realizado una validación de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale.	En base a la comprobación estadística, los autores concluyen que presenta unas adecuadas propiedades psicométricas y puede ser utilizada para medir dos componentes constituyentes de la atención plena (conciencia y aceptación) que presentan validez convergente con otros cuestionarios, tanto en el ámbito clínico como en la investigación.
10. Burgoon, et al. (2000).	Autores expertos en comunicación, realizan un estudio sobre mindfulness y comunicación interpersonal. Examinan estados de la mente e interacción social e investigan cuestiones sociales (como problemas de comunicación del lugar de trabajo, la formación de la opinión pública para detectar estafas y engaños, reducir los estereotipos y la incompreensión entre culturas, la gestión de conflictos interpersonales, y la construcción de las campañas de salud pública eficaces) en relación con el desarrollo de programas eficaces.	En sus reflexiones finales plantea que una mayor atención antes y durante la comunicación puede aportar beneficios sustanciales en una variedad de contextos prácticos de comunicación. No obstante, advierte que la atención plena no es suficiente ni condición necesaria para el éxito en la comunicación. Es decir que el aumento de atención a los detalles podría ser compensado por los efectos debilitantes de efecto negativo en el procesamiento de los datos. En suma, el beneficio en la interacción social dependería de la correcta aplicación de la atención plena y de las estrategias desarrolladas para el proceso de la elaboración y recepción de mensajes por parte de sus generadores.
11. Kinga & Sawyerb, (1998)	Estudio relacionado con mindfulness y la instrucción en comunicación, orienta la investigación de dicha formación. Indica situaciones en las que es necesaria una mayor conciencia que en otras (por ej. en la utilización de términos que eviten la discriminación de genero, para incorporar nuevos comportamientos al repertorio de comunicación, etc.) Se plantea en qué medida un comportamiento es determinado socialmente o puede ser gobernado en un determinado contexto.	Aunque se reconoce que demasiada atención podría afectar la calidad de las conversaciones, la falta de toma de conciencia puede ir en detrimento del control de aspectos intrínsecos de la comunicación interpersonal (como por ejemplo en el caso de la presencia de estereotipos).
<p>Fuente: realización propia a partir de publicaciones indicadas.</p> <p>1. Thomas (2011). Student Responses to Contemplative Practice in a Communication Course. <i>Communication Teacher</i>, 25 2. (2):115-126</p> <p>3. Tejedor, Feliu-Soler, Pascual, Cebolla, Portella, Trujols, Soriano, Pérez, Soler (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la <i>Philadelphia Mindfulness Scale</i>. <i>Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)</i> 7(4): 157-165.</p> <p>4. Burgoon, Berger, Waldron, Vincent, (2000). Mindfulness and Interpersonal Communication. <i>Journal of Social Issues</i>, 56(1):105– 127</p> <p>Total 70 estudios interpretados de Mindfulness (al contemplar estudio de revisión)</p>		

instrumento, señalan haber encontrado niveles elevados de burnout en estudios realizados en enfermería de salud mental comunitaria, también confirmados por Hannigan, Edwards, Coyle, Fothergill, & Burnard (2000). Aparecen altos niveles de AE (en un 36% de casos), altas puntuaciones de DP (en un 12% de casos) y bajos niveles de RP (en un 10%) (Edwards, Burnard, Coyle, Fotherhill & Hannigan, 2000). d) *Alemania. (Instrumento MBI): Enfermeras de hospitales médicos en contraste con enfermeras psiquiátricas.* A partir del empleo de dicho cuestionario, refieren, en general, haber detectado puntuaciones más altas de burnout en enfermeras de hospitales médicos en comparación con enfermeras psiquiátricas (Schulz, Damkröger, Heins, Wehlitz, Löhr, Driessen, Behrens, & Wingenfeld, 2009). e) *EEUU. American Medical Association, reconoce riesgo de burnout y necesidad de auto-cuidado profesional, en la atención de pacientes al final de la vida (medicina).* Se trata de un estudio específico dedicado a las dificultades de los profesionales de la salud al final de la vida del paciente, destaca, entre otros aspectos, la relevancia del burnout definiéndolo a partir de las dimensiones aportadas por Maslach en el estudio Maslach, Schaufeli, Leiter (2001). Refieren los autores que el ajuste de la persona con su trabajo favorece el compromiso con el mismo y que la falta de esta coincidencia aumenta la probabilidad de agotamiento (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, Mount, 2009: 1155-1164). Simultáneamente, se ha aludido a la tecnificación entre las causas que han contribuido a la deshumanización, apuntando que desde esta perspectiva el paciente como agente activo de su salud, se vuelve vulnerable y dependiente de los conocimientos y cuidados que precisa conocer mediante la relación deliberativa con los profesionales. Si no es de esta forma, la persona es visitada y puede no ser "atendida" y comprendida. Se argumenta también que la razón estratégico-instrumental ha inundado el paradigma tecno-científico y ha suplantado la racionalidad ética que es comunicativa dialógica. Tomar conciencia de ello puede ayudar a gestionar la despersonalización (Román Maestre, 2013: 20).

En cuanto a las *pérdidas y el duelo*¹¹⁸, la pérdida en general, se considera la acción de perder alguna cosa o el daño que se percibe por alguna causa. Se considera una experiencia inevitable que sucede en la vida de todas las personas y se le atribuyen características muy variadas: madurativas o situacionales, materiales o simbólicas, previsibles o imprevisibles, reversibles o irreversibles, etc. Sin embargo lo principal se considera la forma de percibirla y resolverla. En función de factores madurativos y situacionales las pérdidas pueden ser clasificadas en: Pérdidas de personas, pérdidas de objetos, pérdidas de función o parte corporal, pérdida de rol, pérdida de status, pérdida de relaciones y lazos afectivos. Carpenito (1987) define el duelo como el estado en que un individuo o familia experimenta una pérdida real o percibida (persona, objeto, función, status, relaciones) o estado en el que un individuo o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado). El duelo según Burgess (1985) puede considerarse como un proceso social, ya que puede manejarse mejor cuando es compartido con otras personas. En el caso de la muerte, en general, la sociedad y las religiones atribuyen normas de comportamiento en torno a las conductas que se consideran apropiadas antes, durante y después de la desaparición del difunto, así como cierta orientación flexible en torno al tiempo que el duelo debe durar. La persona que sufre experimenta sentimientos de duelo aunque la pérdida solo sea percibida o anunciada con tiempo de antelación. (Novel, Lluch, Miguel López de Vergara, 1991: 185-186).

La mayoría de personas experimentan el duelo en compañía de personas queridas o significativas y se va resolviendo en el tiempo, sin que haya consenso sobre un periodo prefijado. Sin embargo aparte de este tipo de duelo común, existe una modalidad considerada patológica, sin que la diferenciación entre ambos resulte siempre clara. Generalmente, en la determinación de ambos tipos de duelo intervienen la duración y la naturaleza de los síntomas en función de las respuestas de afrontamiento de quien lo experimenta. Se habla de duelo

¹¹⁸ Las reacciones ante el dolor (peligro) o ante lo placentero (comida o sexo) ocurren en cualquier especie animal y son inconscientes (antes de apercibirnos), incluso en el ser humano (Mora, 2013: 2). Investigación neurocientífica ha encontrado de forma recurrente que las respuestas neurales a estímulos desagradables son más fuertes y/o más rápidas que ante estímulos neutros y agradables. La investigación conductual ha mostrado que este "sesgo de negatividad" se manifiesta a través de distintos sistemas de respuesta como la respuesta cognitiva, emocional y social (Carretié, López-Martín, Albert, 2010: 246).

complicado cuando persiste una pérdida de funcionalidad o productividad en el transcurso prolongado del tiempo. Sin embargo, los síntomas del duelo adquieren mayor relevancia que la duración del mismo. En un duelo común la sintomatología se presenta en forma de "sentimientos de culpa, somatizaciones, depresión, ansiedad irritable, reacciones hostiles, identificación con rasgos o actitudes del difunto, temores hipocondríacos a padecer la misma enfermedad, etc. En el duelo patológico aparecen reacciones tardías después de una negación prolongada, hiperactividad sin sentimientos de pérdida, síntomas delirantes hipocondríacos como los que tenía el difunto, ideas delirantes paranoides o de negación de la muerte de la persona querida, patología psicosomática, pérdida constante de las relaciones sociales, depresión severa con síntomas de agitación, conductas autodestructivas, etc.". Este tipo de duelos patológicos y complicados¹¹⁹ suelen dejar lastres que pueden permanecer a lo largo de la vida, si no se abordan con la ayuda profesional adecuada a los requerimientos de cada persona. (Naudeillo, Escola, Quera, Junyent, Amor Fernández, Revilla, Saiz, 2012: 11).

El sufrimiento que comporta y la compleja sintomatología del duelo, orienta la conveniencia de prestar atención a los predictores de riesgo de complicaciones. Soler y Jorda (1996) (citados por Naudeillo, Escola, Quera, Junyent, Amor Fernández, Revilla, Saiz, 2012) apuntan un conjunto de elementos como: factores personales, características del vínculo, recuerdo doloroso del proceso y factores sociales. Si es el caso, los equipos de cuidados paliativos son los encargados de facilitar la elaboración del duelo de forma adaptativa y prevenir un duelo complicado mediante un proceso asistencial centrado en el bienestar y el alivio del sufrimiento del paciente y de su familia. Sin embargo, es importante que a modo de prevención, la atención por parte de estos equipos se inicie antes del fallecimiento del paciente. Un estudio ofreció soporte en el duelo a una serie de casos y la mitad no hicieron uso de este servicio (Naudeillo, Escola, Quera, Junyent, Amor Fernández, Revilla, Saiz, 2012: 10-16). En el caso específico de enfermería, su rol de permanencia y proximidad con el enfermo durante todo el proceso de enfermedad, condiciona prestar atención formativa específica a este tipo de situaciones, que siendo o no procesos de final de vida, comportan una sobrecarga emocional importante a la enfermera para poder brindar los debidos cuidados de salud al sufrimiento del paciente y su familia.¹²⁰

Otras aportaciones necesarias para la construcción competencial: potenciación de valores y *prosocialidad*¹²¹. La potenciación de valores resulta necesaria para el desarrollo del componente actitudinal profesional (también del comportamental y de habilidades) que forma parte de las competencias propuestas por el EEES y la UB. Sin embargo, se ha apuntado que los objetivos referidos a valores y actitudes suponen la parte más difícil de enseñar y evaluar del trabajo de la comunicación con estudiantes, según apunta el "Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey" (Kiessling, Dieterich, Götz, Hölzer, Langewitz, Mühlhnghaus, Pruskil, Scheffer, Schubert, 2010: 263). Por su parte Naidoo (2004), orienta que profesorado y alumnado se interroguen a sí mismos sobre aquello a lo que atribuyen valor en la sociedad del conocimiento como proceso que pueda facilitar la comprensión de elementos

¹¹⁹ Duelo complicado. No hay un criterio unívoco. El DSM-IV-TR refiere que no son características de un duelo normal

¹²⁰ La autora de este trabajo ofertó en diversos cursos académicos una asignatura optativa: "Pèrdues i dol en el cicle vital de les persones" en los estudios de la diplomatura de enfermería en la Escuela de Enfermería de la UB, con muy buena acogida por parte de los estudiantes.

¹²¹ La prosocialidad, entre otros autores, cuenta con un destacado impulsor en España, que es el Prof. Roberto Roche Olivar de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), tema sobre el que presenta una amplia trayectoria de investigación y de brindar formación a nivel internacional. De los resultados de estos trabajos puede dar cuenta el grupo del Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA) de la UAB al que está vinculado, y entre los que cuenta el proyecto europeo Change (2010) dedicado al ámbito de la salud. Con transferencia aplicable a diversos contextos (penitenciario, sanitario, social y político, organizacional y empresarial) presenta especial incidencia en el educativo. Su marco epistemológico es el la PAR (*Participatory Action Research*) al que los autores han adaptado la propuesta de Visualización Participada Prosocial (Brundelius y Escortin, 2010) como aporte metodológico propio de la prosocialidad en la facilitación de grupos. (Escotorín, Roche, Cirera, 2011: 21-24).

éticos (Camps, 2009:21). La prosocialidad (Roche, 2004, Escotorín, Roche, Cirera, 2011) entendida como referente de buena práctica docente, podría ser una alternativa favorable de respuesta para la potenciación de valores, en la línea de los estudios de empatía que la vinculan con la modalidad prosocial, según referencias anteriores de Eisenberg (2000) y Zaki, (2014).

La prosocialidad se refiere a un comportamiento alternativo a la conducta antisocial. Surge especialmente desde la psicología como antónimo del concepto "antisocial". Estudia y demuestra factores y beneficios que las acciones de ayuda, solidaridad del dar y compartir y cooperación tienen para las personas, grupos y sociedades que se implican en ellas como autores o receptores. Entre sus antecedentes recientes cuenta la reacción indiferente de los vecinos al brutal asesinato de una joven en Nueva York en 1964. Según Penner et al. (2005), este hecho produjo el interés de los especialistas hacia el estudio del comportamiento desde distintos prismas y entre ellos emerge el proceso de prosocialidad (Escotorin, Roche, Cirera 2011: 21) (Gonzalez Portal, 2000:18-19). Así, entre el periodo entre 1976 a 1988 se inventarian 888 estudios relacionados con la conducta prosocial (González Portal, 2000: 27-29) principalmente vinculados a países como Estados Unidos, seguidos por Israel y Canadá. Dicho interés científico procede de dos vertientes principales: a) desde el ámbito social: por insatisfacción con los sistemas punitivos institucionalizados tradicionales aplicados a delinquentes y también a pacientes psiquiátricos; b) desde el ámbito profesional: con marcada demanda asistencial en los años 70-80 a partir del movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, buscando la reinserción social de los pacientes liberados y otros posibles tipos de casos (González Portal, 2000: 13).

Una acción prosocial requiere responder a ciertos estándares de calidad como son: salvaguardar la identidad, la autonomía, la creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados, de forma que una acción perjudicial o que daña no podría considerarse prosocial. En una acción prosocial el objetivo es el bien del otro y no el de uno mismo, aunque puedan darse ulteriores beneficios para el autor de la acción prosocial (Escotorín, Roche, Cirera 2011: 21-24). A la conducta altruista se le ha atribuido el factor motivacional y se ha relacionado con la conducta prosocial, lo que ha favorecido dos tendencias en investigación: el grupo de las definiciones motivacionales y el grupo de las definiciones conductuales. Esta última modalidad, reúne aquellos trabajos que no suelen distinguir entre conducta prosocial y conducta altruista, hecho que facilita la delimitación y definición del constructo. Según Staub (1979), Staub et al., (1984) Eisenberg (1982, 1986) por conducta prosocial se entiende "aquella que beneficia a otras personas y se realiza voluntariamente" (Fuentes, Lopez, Etxebarria, Ledesma, Oortiz y Peyo Apocada, 1993: 74). También puede admitirse una definición de conducta prosocial como "conducta social positiva con/sin motivación altruista" o bien "conducta social positiva" (González Portal, 2000: 36-37). Otra opción es definirla en términos de acciones prosociales "cuyo criterio último y funcional sería la aceptación o satisfacción del receptor de la misma" (Escotorín, Roche, Cirera 2011: 22).

La propuesta de Roche (1995) presenta, define y acota diversas categorías de acciones prosociales, entre las cuales está la ayuda física, el servicio físico, la ayuda verbal, el consuelo verbal y también las acciones de dar y compartir, la confirmación y valorización positiva del otro, escucha profunda, empatía, solidaridad y presencia positiva y unidad. En relación con autores previos Roche (1995), vincula con los actos prosociales las acciones verbales y no verbales tanto en su modalidad presencial como no presencial que pueden beneficiar de forma efectiva (Escotorín, Roche, Cirera (2011: 23). Por su parte Goldstein y cols (1980), McGinnis y Goldstein (1984), Goldstein (1988) anuncian y describen un programa de entrenamiento en habilidades prosociales (versión infantil y juvenil) del que se recogen 50 actuaciones prosociales (Tabla 4.27) para jóvenes (González Portal, 2000: 134-135). En este mismo ámbito internacional, se apunta también la identificación de amplios repertorios de conductas prosociales y antisociales, relacionados con la docencia y los resultados de aprendizaje del estudiante realizados a partir de los estudiosos de instrucción en comunicación¹²² como por ej. Schrodt, Witt, Turman, Myers, Barton, Jernberg (2009: 353).

¹²² Para una revisión detallada, ver Mottet, Richmond, y McCroskey, 2006. Citado por Schrodt, Witt, Turman, Myers, Barton, Jernberg (2009: 353).

Por otro lado, los comportamientos de prosocialidad han sido relacionados con las teorías del aprendizaje social, vinculadas, en general, con las aportaciones de Bandura (1977, 1977, 1986). Se ha apuntado que representaciones cognitivas en los individuos pueden anticipar estados de su comportamiento y actuar acorde con la obtención del estado emocional deseado. En este proceso jugarían un papel importante la adquisición de pautas o estándares internos a través de imitaciones de conductas, entre las que contarían explicaciones sobre la conducta moral recibidas a través de la socialización. Eisenberg y Musen (1989) desde las teorías del desarrollo cognitivo infantil, apuntan que cada uno percibe, interpreta y estructura los estímulos del ambiente a su manera, comportándose como un ser inteligente (González Portal, 2000: 76-77). Piaget y Kohlberg describieron los diferentes estadios en el desarrollo del razonamiento y del juicio moral (González Portal, 2000: 76-77), (Barra 1987: 7-18), (Linde 2009:7-22), reconociendo que el pensamiento moral tal como ellos lo describen y miden no se corresponde necesariamente con las acciones (González Portal, 2000: 76-77), (Linde 2009:15-19). Kohlberg y Candee (1984) intentan demostrar la relación entre razonamiento moral y conducta prosocial (González Portal, 2000: 76-77). (Algunas evidencias sobre estudios de prosocialidad pueden observarse en las Tablas 4.28, 4.29).

Como **síntesis de la armonización de significados**, la respuesta se propone a partir de:

- Normativa educacional (EEES, competencias UB, etc.), cuyo objetivo es: *la construcción de una competencia comunicativa* (conocimientos, habilidades y actitudes)
- Normativa asistencial en salud (Ley de Autonomía del paciente, 41/2002); perspectiva biopsicosocial y atención centrada en el paciente (integrada implícitamente en dicha legislación), cuyo propósito es: *comprender la subjetividad del paciente y dar respuesta a la comprensión de su problema de salud y requerimientos de cuidados*.
- Contemplar recomendaciones internacionales para la formación en comunicación de profesionales de la salud (OMS y CIE): *presentan coherencia con planteamientos anteriores y agregan el requerimiento formativo de comunicación y trabajo en equipo*
- Tomar en consideración las necesidades apuntadas para la comunicación asistencial enfermera: *según evidencias procedentes de fuentes diversas (en particular gestión emocional y comunicación con familia del paciente grave)*
- Integrar las aportaciones de la neurociencia con el objetivo de: *optimizar la enseñanza-aprendizaje y facilitar los procesos de comunicación* (en particular de la empatía)
- Integrar orientaciones *procedentes de fuentes diversas que ayudarían a resolver problemas planteados y favorecerían la enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa: mindfulness (favorecedora de la empatía Zaki, 2014), prosocialidad (potenciación de valores, Eisenberg, 2000, Zaki, 2014, Roche Olivar, 2004, Escotorin, Roche, Cirera, 2011).*

En cuanto al *constructo teórico seleccionado* (Bretones, 2008, 2009) presenta coherencia con los procesos integrados en los requerimientos anteriores según se trata de mostrar a continuación: *La comunicación interpersonal* es entendida por Bretones (2008) como proceso de intercambio de mensajes entre actores sociales "individuales" que se sirven de ellos como datos, conocimiento o ideas y emociones sobre el mundo en el que operan y cuyo proceso, es instrumento con y por el que operan como seres "sociales" (Bretones, 2008:17). La interacción cara a cara según Thompson (1998), tiene lugar en un contexto de copresencia y los participantes comparten un sistema de referencia espacio-temporal común, que hace posible la comunicación gestual y cargada de inferencias (deducciones). Su flujo es bidireccional y dialógico, con variabilidad indeterminada de señales simbólicas. Es un tipo de comunicación tácitamente "negociadora", o con grado de ambigüedad o discrepancia tolerable (Bretones, 2008: 30). En el desarrollo de estos planteamientos (más desarrollado en el apartado 4.2 Elección teórica para la presente investigación), Bretones refiere que en este proceso: a) Resulta fundamental la percepción y las posibilidades de una organización de la comprensión, en este sentido trata de dar respuesta a: la comprensión del mundo y comportamientos

Tabla 4.27

Cincuenta habilidades prosociales para posible entrenamiento (Referente: Goldstein y cols, 1980)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuchar 2. Iniciar una conversación 3. Mantener una conversación 4. Formular una pregunta 5. Dar las gracias 6. Presentarse 7. Presentar a otras personas 8. Hacer un cumplido 9. Pedir ayuda 10. Participar 11. Dar instrucciones 12. Seguir instrucciones 13. Disculparse 14. Convencer a los demás 15. Reconocer los propios sentimientos 16. Expresar los propios sentimientos 17. Comprender los sentimientos de los demás 18. Manejar el enfado de otro 19. Expresar afecto 20. Afrontar el miedo 21. Autorreforzarse 22. Pedir permiso 23. Compartir algo 24. Ayudar a los demás 25. Negociar 	<ol style="list-style-type: none"> 26. Autocontrolarse 27. Defender los propios derechos 28. Responder a las burlas 29. Evitar los problemas con los demás 30. No entrar en peleas 31. Formular una queja 32. Responder a una queja 33. Demostrar deportividad después de un juego 34. Afrontar el sentirse avergonzado 35. Afrontar el ser dado de lado 36. Defender a un amigo 37. Responder a la persuasión 38. Responder al fracaso 39. Enfrentarse a los mensajes contradictorios 40. Afrontar una acusación 41. Prepararse para una conversación difícil 42. Manejar las presiones del grupo 43. Decidir hacer algo 44. Discernir sobre la causa de un problema 45. Conseguir un objetivo 46. Conocer las habilidades propias 47. Recoger información 48. Resolver los problemas según su importancia 49. Tomar una decisión 50. Concentrarse en una tarea
<p>Fuente: Goldstein y cols, (1980) en González Portal MD (2000). Conducta prosocial: evaluación e intervención, Pág. 134-135. Adaptación propia del título para el contexto de este estudio.</p>	

Tabla 4.28

Tabla prosocialidad. Algunas evidencias de estudios realizados en España		
Publicación	Características estudio	Resultados
1. Inglés, et al. (2011).	Estudio realizado en n=2.022 estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. Instrumentos empleados: La conducta prosocial fue medida con la escala de conducta prosocial del <i>Teenage Inventory of Social Skills (TISS)</i> y las metas académicas mediante el <i>Achievement Goal Tendencies Questionnaire (AGTQ)</i> .	Detecta una relación positiva entre la conducta prosocial y la motivación académica. Los resultados revelaron que los estudiantes con alta conducta prosocial presentaron puntuaciones significativamente más altas en metas de aprendizaje y logro . En cambio las metas de refuerzo social fueron un predictor negativo y estadísticamente significativo de la conducta prosocial.
2. Inglés, et al. (2009).	Estudio realizado en n=2.022 estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria (misma muestra anterior), analizando otros resultados.	Se destaca que la proporción de asignaturas aprobadas por los estudiantes prosociales fue superior al caso de estudiantes no prosociales, igual que sucedió en el caso de repetidores académicos. Los autores refieren que la conducta prosocial fue un predictor académico estadísticamente significativo del éxito académico, siendo a la vez el éxito académico predictor de la conducta prosocial.
3. Fuentes, et al. (1993).	Estudio realizado en niños (n=224) de tres ciudades españolas, estudia factores asociados a la conducta prosocial/altruista y refiere antecedentes sobre población adulta.	En niños, como en adultos, la capacidad de captar respuestas empáticas del otro, se muestra como el predictor relevante de la conducta prosocial-altruista . Se apunta con poder predictivo menor, considerar que la habilidad social para reconocer la situación (afectos, motivos, pensamientos, conductas) de los demás, esta asociada con la conducta prosocial altruista
Fuente: Elaboración propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.		
1. Inglés, Martínez-González, Valle, García-Fernández, Ruiz-Esteban (2011). Conducta prosocial y motivación académica en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. <i>Universitas Psychologica</i> , 10 (2): 451-465.		
2. Inglés, Benavides, Redondo, García-Fernández, Ruiz Esteban, Estévez y Huesca (2009). Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. <i>Anales de Psicología</i> . 25(1): 93-101.		
3. Fuentes, Lopez Félix, Etxebarria, Ledesma, Ortiz y Peyo (1993). Empatía, Role-Taking y concepto de ser humano, como factores asociados a la conducta prosocial/altruista. <i>Infancia y aprendizaje</i> , 61: 73-87		
Total estudios prosocialidad aportados: 5		

Tabla 4.29

<p align="center">Prosocialidad. Algunas evidencias de estudios internacionales</p>		
<p>Publicación</p>	<p>Características estudio</p>	<p>Resultados</p>
<p>1. Eisenberg, et al. (2002).</p>	<p>Un estudio longitudinal sobre prosocialidad y edad adulta temprana, realizado en la Universidad del estado de Arizona, se propone obtener evidencia de la existencia de una personalidad prosocial en la edad adulta, con sus raíces en la infancia. Para ello, examinó el caso de la personalidad prosocial y el juicio moral prosocial a través del tiempo, así como las relaciones entre ellos en jóvenes de edades 21,22,23,24, 25,26 años mediante diversos informes de los participantes y amigos. Además, el juicio prosocial se examinó mediante una entrevista y una medida objetiva del razonamiento moral prosocial en varias edades. Los informes de la conducta prosocial y la empatía de respuesta en la infancia, junto con observaciones de conducta prosocial, también se obtuvieron en edad preescolar.</p>	<p>Los resultados indican que no había consistencia interindividual en disposiciones prosociales y disposiciones prosociales en la edad adulta relacionadas con la empatía/simpatía y la conducta prosocial a edades mucho más jóvenes. Sin embargo, las medidas objetivas de la entrevista y de razonamiento moral se correlacionan sustancialmente a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta y se correlacionaron sustancialmente con los informes de una disposición prosocial de participantes y amigos. Los autores indican que estos datos suponen una de las pruebas más sólidas disponibles en su momento acerca de que las disposiciones prosociales emergen a finales de la infancia y son relativamente estables en la edad adulta, aunque semillas de una disposición prosocial se pueden encontrar en la primera infancia.</p>
<p>2. Schrodtt, et al. (2009).</p>	<p>Estudio vinculado a Departamentos de Comunicación de cuatro instituciones universitarias diferentes de Estados Unidos (Texas, Dakota, Virginia, Utah) con n=1416 estudiantes de licenciatura. Dos hipótesis de investigación, buscan conocer la potencial incidencia de la credibilidad del profesor en el aprendizaje de los estudiantes, a través del empleo por parte de este de comportamientos prosociales de comunicación (la confirmación, la claridad y la inmediatez no verbal) (*). Se pretende conocer si a través de dichos comportamientos, la credibilidad del profesor incide potencialmente en la modalidad de mediación parcial o mediación plena en el aprendizaje de los estudiantes. Dicho estudio se basa en múltiples investigaciones previas y se ampara en la relevancia que otros trabajos han encontrado en la credibilidad del profesorado en cuanto a la docencia en comunicación.</p>	<p>En los resultados se demuestra estadísticamente que la credibilidad del profesor a través de la confirmación de los estudiantes y la claridad percibida por estos, media parcialmente en los resultados de aprendizaje, aunque estos resultados son plenamente mediados por los efectos de inmediatez no verbal. Aunque los autores advierten y argumentan tomar estos resultados con cautela, debido a las limitaciones de esta investigación (por ejemplo muestra de estudiantes de pregrado, predominantemente blancos y un diseño no experimental de la investigación, entre otras limitaciones) destacan como consecuencias más importantes de su estudio, el descubrimiento de que las conductas que confirman y la claridad tienen efectos directos e indirectos sobre el aprendizaje de los estudiantes.</p>
<p>(*) Descripción de constructos, según los autores: <i>Confirmación</i> del profesor a partir de Ellis (2000, 2004) sugiere a los profesores que reconocen, muestran respeto y comunican su agradecimiento a sus estudiantes. <i>Claridad</i> del profesor como comportamiento prosocial de comunicación, refieren que algunos estudiosos (Rosehine&Furst, 1971) han encontrado que era el comportamiento más importante del profesor y “comportamientos que contribuyen a la fidelidad de los mensajes de instrucción” basándose en Chesebro y Wanzer (2006:95). La <i>inmediatez no verbal</i>. Los autores reconocen que este constructo ha sido muy polémico en los últimos años. Sin embargo se acogen a las aportaciones de investigaciones previas (Witt et al, 2004) en las que se afirma que una serie de comportamientos (variedad vocal, movimiento, gestos, sonrisas, contacto visual y una postura corporal relajada), ayudan a reducir la distancia psicológica que se percibe entre profesores y estudiantes y se asocia favorablemente con la percepción de aprendizaje, con repercusión en el curso y en el profesor.</p>		
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de las publicaciones indicadas. La negrita es propia.</p> <p>1. Eisenberg, Guthrie, Cumberland, Murphy, Shepard, Zhou, Carlo (2002). Prosocial Development in Early Adulthood: A Longitudinal Study. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>, 82(6): 993-1006.</p> <p>2. Schrodtt, Witt, Turman, Myers, Barton, Jernberg (2009). Instructor Credibility as a Mediator of Instructors’ Prosocial Communication Behaviors and Students’ Learning Outcomes. <i>Communication Education</i> 58 (3):350-371</p> <p>Total estudios prosocialidad aportados: 5</p>		

asociados (conversión de las percepciones experienciales en datos o información que orienta las potenciales acciones humanas)", b) Cabe contemplar que la información emitida ha de corresponderse con los "umbrales" de captación humana. Las nuevas recepciones informativas pueden provocar distorsión cognitiva. c) Captamos actitudes y valores de otros como ellos pueden captarlos de nosotros. d) Las organizaciones condicionan a asumir el rol social correspondiente a tal contexto. La comunicación tiene éxito no cuando los oyentes reconocen el significado lingüístico del enunciado, sino cuando "infieren" el "significado" que el hablante le atribuye (Bretones, 2008: 1-35, 2009: 1-22)

A mi juicio, la propuesta de Bretones (2008, 2009), esta en consonancia con la perspectiva sociológica interpretativa, que se recoge en el marco teórico de este estudio, en particular con el enfoque constructivista. Los aspectos que propone facilitan la comprensión de la comunicación desde una perspectiva psicosocial, que puede ser de utilidad para la formación enfermera. Por otro lado los presupuestos de la teoría social cognitiva de Bandura (*procesos autorregulativos, procesos reflexivos, procesos vicarios, etc...*) que la autora menciona, están en la línea de orientaciones de la neurociencia, por ejemplo para comprender y trabajar en docencia enfermera las emociones y el aprendizaje instrumental en el caso de los valores (Morgado, 2006), el aprendizaje reflexivo (Brockbank y McGill 2008) y las competencias de autorregulación (Gibbs y Simsom, 2009), Hoy Kwan Ning y Dowing (2015:1328-1346), estrategias contempladas en los procesos de enseñanza aprendizaje en el EEES.

V
METODOLOGÍA

5. Metodología

Investigar significa intentar conocer una parcela de la realidad que nos rodea (Coller, 2005: 17). La metodología pretende mostrar, en cierto modo, si es posible conocer la realidad, cuanto realidad es posible conocer y por qué caminos es posible conocerla (Cantón, Ruiz San Román, 2005:3). A su vez, la metodología supone los pasos a seguir en la búsqueda de solución o respuesta al problema, acompañada de los elementos conceptuales que intervienen en la investigación (Sierra Bravo, 1994:36). La metodología de investigación en sentido amplio requiere contextualizar y fundamentar su inscripción, así como dar cuenta de la toma de decisiones de los pasos que orientan, guían y avalan su proceso, de forma que configuren el diseño de la investigación, aspectos que se contemplan en el presente apartado. Se justifica la elección del estudio "exploratorio de caso", rasgos que incluye e incluso limitaciones que supone. A continuación se detalla el contexto, características de la muestra, variables e instrumentos utilizados. Todo ello se completa mediante la búsqueda bibliográfica y documental sistemática en base de datos, lo que permite reunir algunos aspectos esenciales y plantea una estrategia de tratamiento y análisis de la información que se obtenga.

5.1. Estudio exploratorio de caso

Se elige el estudio de caso por su amplia tradición en las ciencias sociales y en concreto en la Sociología, empleado desde los fundadores, Durkheim en Las formas elementales de la vida religiosa; Weber en la Ética protestante y el espíritu del capitalismo). (Coller, 2005: 23-25). Estudiar el caso como *objeto de estudio* supone el siguiente planteamiento: "*Un caso es un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante ya sea para comprobar, ilustrar o construir una teoría o una parte de ella, bien sea por su valor intrínseco*" (Coller, 2005: 29). En la presente investigación construir el caso significa justificar su elección y se constituye como plataforma de la investigación. Se trata de un proceso en el que destacan la relevancia y la naturaleza del caso. A su vez el hecho de que el caso escogido sea relevante y la justificación adecuada del mismo, incidirán en la validez otorgada a las conclusiones, por lo que se trata de un aspecto importante. En estas situaciones el caso a estudiar y a construir como caso, puede ser cualquier objeto de naturaleza social (una persona, organización, etc.). Por otro lado, el *método de caso* es adecuado cuando se quiere estudiar un fenómeno (por ejemplo una revolución), un objeto (ej. hospital) o una relación causal (la relación entre flexibilidad y control laboral). (Coller, 2005: 29-30). Lo común es iniciar el trabajo con preguntas ¿cómo? y ¿por qué? suceden las cuestiones bajo examen y la investigación adquiere entonces un carácter descriptivo (Neiman y Quaranta, 2006: 222-224), (Coller, 2005: 29). En la mayoría de veces, la proximidad de la persona investigadora al objeto de estudio permite responder a estas preguntas iniciales (Coller, 2005: 29). El estudio de casos también ha sido caracterizado como *estrategia* de investigación en los siguientes términos: "*El estudio de casos es la forma más propia y característica de las investigaciones ideográficas¹²³ ... y debe considerarse como una estrategia encaminada a la toma de decisiones. Su verdadero poder radica en su capacidad para generar hipótesis y descubrimientos, en centrar su interés en un individuo, evento o institución, y en su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones naturales*" (Arnal, 1992:206).

En la presente investigación se aborda un caso como *objeto de estudio*, en el sentido de que se centra en una *única organización* (la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona y en ella el fenómeno comunicativo en el de Grado de Enfermería). Simultáneamente, en coincidencia con aportaciones de (Yin, 1994, citado por Neiman y Quaranta, 2006: 222-224) y de (Coller, 2005: 44), se emplea el estudio *exploratorio* de caso *como método* de investigación al tratarse de un fenómeno con fronteras claras, derivado de un proceso de implementación de nuevas modalidades de enseñanza. Su inicio se concreta en el curso 2009-2010 para Europa y cuenta con una normativa de implantación específica, que es la derivada del EEES, por lo que se trata de un fenómeno *contemporáneo*. Atendiendo a su alcance se

¹²³ Ideográficas, entendidas como particulares, para profundizar en fenómenos

aborda como un caso *ejemplar* (por la relevancia de la institución, y como *caso ilustrativo* del fenómeno exploratorio y de análisis) y también *genérico* en el sentido de que el fenómeno que se estudia, auspicia bajo la misma normativa universitaria española (EEES) y formativa para profesionales de la salud, a todos los centros educativos para enfermeras de las distintas universidades españolas, con la salvedad de la normativa específica de la UB y la propia del mismo centro (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona). A la vez, por la utilidad contemplada como posible para el caso, puede considerarse de tipo *instrumental* dado que las ilustraciones teóricas y las proposiciones que se abordan en el fenómeno que se analiza, pueden servir para otros centros universitarios con características formativas similares, concretadas en el fenómeno comunicativo que en el presente estudio se aborda.

Los casos exploratorios se consideran de naturaleza *descriptiva* y abundan en antropología y están presentes también en sociología. Este tipo de casos suelen dar cuenta de un acontecimiento único o excepcional (Coller, 2005: 41). Dicho carácter dual se asume en el presente estudio, por su naturaleza descriptiva y porque indaga sobre un fenómeno nuevo, como es la construcción de una competencia universitaria. Al tratarse de la competencia comunicativa específica en enfermería, dicha construcción refuerza, si cabe, su singularidad por la gran complejidad teórica y práctica que integra el mismo campo de la comunicación, reconocida por los propios expertos teóricos en materia comunicativa, especialmente enfatizado por Craig, (2007, 1999). Tal es la intensidad de este argumento, sobre la "novedad" y complejidad que se apunta, que el carácter exploratorio de la documentación obtenida, ha sido permanente en el transcurso de estos años de desarrollo del presente estudio, sin haber podido localizar hasta el presente un referente que pudiera considerarse "similar" a la construcción competencial que aquí se trata para la formación comunicativa en el Grado de Enfermería en perspectiva académica. Se trata también de un caso de tipo *analítico* en el que se desarrollan hipótesis y a partir de ellas se presentan un conjunto de proposiciones, que pueden dar lugar a reinterpretaciones teóricas o nueva teoría. La pretensión en su conjunto es participar en favorecer avanzar en relación con la citada construcción competencial desde el ámbito formativo de enfermería, o también podría suponer rellenar un vacío teórico, aspectos que coinciden con la propuesta del caso ejemplar, según Coller (2005). El caso exploratorio y el analítico son así el mismo caso en este estudio, aunque utilizados en fases diferentes de la investigación, en concordancia con lo que apunta Coller (2005: 34-44).

El presente estudio recurre a diseños metodológicos que combinan procedimientos cuantitativos y cualitativos, utilizando múltiples fuentes de información y procedimientos de análisis, aspectos apuntados por Meyer (2001), Tashakkori y Teddie (1998), Yin (1994), (citados por Neiman y Quaranta, 2006: 222-224) y tomando como punto de partida formulaciones teóricas, según apunta este último autor (Neiman y Quaranta, 2006: 222-224). La estrategia de investigación *cualitativa* en el presente estudio, contempla la obtención de narrativas obtenidas a partir de entrevistas, que permitan construir explicaciones que vinculen fenómenos y procesos en términos causales, referidos a un determinado contexto. Su objetivo es la obtención de elementos teóricos para interpretar y explicar la vida y organización social asistencial y académica que forma parte del fenómeno contemplado. La modalidad *cuantitativa*, engloba técnicas de investigación que pretenden obtener y medir en cifras parcelas de la realidad social (Berganza y Ruiz, 2005: 30) a través de datos que provee la estadística (Coller, 2005: 19). Esta perspectiva que parte del positivismo del siglo XIX, se reformula en el siglo XX (reconociendo el conocimiento imperfecto y probabilístico de la naturaleza y flexibilizándose con respecto de la rigidez anterior), retomando el nombre de neo y postpositivismo. Así, este tipo de estudios de caso se ubican entre posturas *postpositivistas* y *constructivistas*, definidas como estrategia de investigación empírica. Por otro lado, según Lynham, (2002) (citado por Berganza y Ruiz, 2005: 30) en estas investigaciones se recurre tanto a procedimientos *inductivos* como *deductivos* y según Turnbull (2002) (citado por Berganza y Ruiz, 2005: 30) los enfoques constructivistas, se centran exclusivamente en instancias inductivas. Las miradas de ambos procedimientos, se orientan tanto a *captar los aspectos subjetivos como los objetivos* de la vida social, considerando la existencia de un mundo exterior, sin una única y definitiva verdad sobre el mismo. Las perspectivas cuantitativa y cualitativa se requieren y complementan y también se ha apuntado que no hay compartimentos estancos ni investigaciones que admitan un solo enfoque (Berganza y Ruiz, 2005: 30). El espectro del enfoque combinado o mixto, se ha

considerado adecuado para investigar la temática enfermera en relación con la naturaleza de la pregunta de investigación (Topping, 2008: 158). En conjunto, este tipo de diseños tienen la *capacidad de captar la complejidad del contexto y su relación con los acontecimientos estudiados* (Neiman y Quaranta, 2006: 222-224) y se reconoce la valía de las conclusiones de los estudios de caso, al aportar conocimiento útil de una parcela de la realidad social (Coller, 2005: 46).

Finalmente, en relación al alcance de la dimensión sociológica en la que se circunscribe este estudio, se trata de la *microsociología* (por oposición a la dimensión macro), al tratarse el núcleo central de este estudio en un fenómeno de comunicación interpersonal, cuya célula básica la constituye la relación cara a cara. La microsociología, surgida en el último tercio del siglo XX, a partir de tendencias opuestas a la alianza entre el funcionalismo (como sinónimo de acciones que deben sostener el orden establecido) y neopositivismo (que había dominado hasta ese momento la teoría e investigación social, especialmente en EEUU) representaba a diversas escuelas de pensamiento enmarcadas en la sociología interpretativa (como la sociología fenomenológica, el interaccionismo simbólico, la etnometodología y la hermenéutica), que tenían en común su interés por los hechos de la vida cotidiana, las microinteracciones y las dinámicas interpersonales, en lugar de centrarse en los grandes procesos relativos a la sociedad y sus transformaciones históricas. Este planteamiento microsociológico, parte de que la sociedad se construye a partir de las interpretaciones de los individuos y su interacción es la que crea las estructuras sociales (Corbetta, 2007: 18-29). Berger y Luckmann (1983)¹²⁴ a través de su obra *La construcción social de la realidad*, son considerados representantes del constructivismo social, y según se plantea en el marco teórico de este estudio, es la aportación que se toma como referente básico del presente trabajo, junto con aportaciones de la sociología interpretativa y la complementariedad de otras propuestas teóricas que facilitan el acercamiento y la comprensión del fenómeno de estudio. En cuanto a la acumulación de conocimiento desde el constructivismo, los estudios de caso han sido planteados por Stake (1994)¹²⁵ de interés para transferir el conocimiento de un escenario a otro, a través de conocer el resultado o informe del propio estudio de caso (Guba y Lincoln, 2002: 135). En suma, estas aportaciones tratan de analizar los procesos por los que los individuos llegan a percibir como real lo que es "real" para ellos (Giddens, 2007:167) y cuyo marco se recoge aquí en relación con la comunicación enfermera-paciente, para dilucidar en torno a una propuesta acerca de como se podría construir dicha competencia comunicativa en perspectiva académica en el Grado de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

Algunos *rasgos comunes del estudio exploratorio de caso* como objeto y como método de investigación son los siguientes: a) Combinación de procedimientos cuantitativos y cualitativos, b) posibilidad de fuentes de información múltiples, c) posibilidad de tomar formulaciones teóricas como punto de partida, d) deductivo e inductivo (inductivo en enfoque constructivista), e) capacidad de generar hipótesis y descubrimientos, f) contextos específicos, g) orientado a responder a preguntas de "cómo" y "por qué" suceden las cuestiones bajo examen, h) posibilidad de transferencia de conocimiento de un escenario a través de su informe.

En cuanto a las *limitaciones metodológicas* del estudio de caso, se señalan como más destacables: a) *Falta de atención a la validez tanto interna como externa*. Una de las formas de velar por la calidad en diferentes etapas de la investigación, es la técnica de la triangulación, que consiste en comprobar las informaciones recibidas (de informantes o de documentos) con varias fuentes. b) *Falta de representatividad*. La lógica estadística no encaja bien con este tipo de estudios. La lógica analítica implica que el caso estudiado es apropiado para la discusión teórica que se quiere dilucidar. c) *Falta de rigor en la recopilación de materiales, su análisis y en la elaboración de conclusiones*. El antídoto se reconoce en un buen anclaje teórico. d) *Dificultad de generalización*. A diferencia de la generalización y representatividad estadística, en el estudio de casos se aspira a un tipo de generalización analítica. Es decir en la medida en que el caso es

¹²⁴ Editada en 1966 en Alemania

¹²⁵ Stake, R.E. "Case Studies" (cap 14) en N.K. Denzin e Y.S. Lincoln (eds.) (1994). *Handbook of qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage.

pertinente teóricamente (es decir, es relevante), se pueden relacionar las conclusiones del estudio con una teoría o conjunto de ellas. Además, se pueden, utilizar las conclusiones para construir una teoría o explicación nueva. Estas conclusiones no se refieren a un universo, sino a unas teorías previas. (Coller, 2005: 53-56, 68).

Acerca de los rasgos comunes del estudio de casos en relación con la presente investigación, se han planteado anteriormente, a propósito de comentar el empleo de procedimientos cualitativos y cuantitativos, diversas fuentes de información así como la partida de formulaciones teóricas. También se ha citado que se trata de un contexto específico (Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona), aspecto que se desarrolla en el apartado siguiente. En cuanto a la característica común de responder a preguntas sobre "como" y "porque", ambas forman parte de la pregunta de investigación desde la que se plantea el fenómeno de estudio, con el propósito de alcanzar la respuesta con el desarrollo del presente trabajo. Sobre la posibilidad de transferencia, también se ha comentado que el tipo de caso seleccionado, en tanto que modalidad *ejemplar*, puede ser un referente para otros centros que impartan formación con normativa y características similares, en el territorio catalán, o en su caso español. Por otro lado se contemplan las limitaciones metodológicas más comunes que se relacionan con este tipo de estudios, de forma que se plantea la triangulación de métodos (cualitativa y cuantitativa) e instrumentos (cuestionarios y entrevistas), así como contrastar las informaciones recibidas de informantes y documentos institucionales y de publicaciones especializadas. A la vez puede sustentarse en una amplia base teórica procedente de la Sociología, la Teoría de la Educación, la Teoría de la Comunicación y otras ciencias sociales, y en particular, desde la misma Enfermería, a través de sus publicaciones profesionales y auspiciada en sus orientaciones teóricas y prácticas por distintos organismos internacionales en salud, entre otros por la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería.

5.2. Contexto del caso. Muestra. Instrumentos

Como *contexto* del caso, sobre la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, es significativo destacar algunos aspectos de su trayectoria histórica de forma que se aporte evidencia de qué aspectos justifican su veteranía y magnitud en la formación enfermera en Cataluña, de forma que la convierten en una de las instituciones más representativas del territorio español en esta formación, que a su vez justifican su elección en el presente estudio. La ubicación actual de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, proviene de 1992 y es en el Campus de Ciencias de la Salud de Bellvitge. Surgió de la transformación de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, situada en el Hospital Clínic y su posterior integración de la Escuela de Enfermería Príncipes de España, centro adscrito a la Universidad de Barcelona y perteneciente al Instituto Catalán de la Salud. En la actualidad la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona cuenta con las enseñanzas de Enfermería y de Podología, las especialidades de Matrona y Enfermería de Salud Mental (Roigé, Blasco, Novel, Valls, 2010: 152). Oferta un conjunto de *másters* propios de la Universidad de Barcelona, contemplados en el curso 2015-16, principalmente, los siguientes: Máster oficial "Lideratge i Gestió des Serveis d'Infermeria"; Màster de Metodologia de la Recerca aplicada a les Cures Infermeres; Màster en Cirurgia Podològica; Infermeria Quirúrgica; Infermeria d'Urgències Hospitalàries; Infermeria Pediàtrica; Intervencions Infermeres al Malalt Crític; Cures d'Infermeria al Malalt Crític; Màster en Gestió des Serveis d'Infermeria; Intervencions Infermeres al Pacient Crònic Complex; y *Postgrados*: Infermeria en Atenció Primària (SNS); Atenció Prehospitària Urgent.

Entre los *antecedentes históricos* de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, se encuentran de las primeras referencias legales de los estudios en nuestro país, pertenecientes a tres titulaciones diferentes para los estudios de Enfermería: practicantes, matronas (desde 1857) y enfermeras (desde 1915). La primera reforma de los estudios de enfermería unificó estos tres títulos y se empezó a aplicar el curso 1953-54, bajo el nombre de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS). El año 1977 se produjo una segunda reforma que comportó la integración de los estudios de enfermería en la universidad. En la Secretaria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, se conservan actas de notas desde el

curso 1928-1929. Durante la Guerra Civil, se produjo una convocatoria extraordinaria "de enfermeras de guerra", preparadas en pocas semanas, se examinaban en la Facultad de Medicina y obtenían un título para ejercer. Seguramente posterior a 1946, se retomaron las actividades académicas de postguerra en esta Escuela de Enfermería del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona con dificultades de recursos, se formaban unas cuarenta alumnas por curso durante dos años académicos. La Escuela estaba situada en la antigua administración del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

El primer cambio de la Escuela de Enfermeras del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona fue la transformación en Escuela de ATS al unificarse los estudios de enfermera, practicante y matrona (decreto 4 de diciembre de 1953). La gran expansión hospitalaria de los años setenta, favoreció el impulso de las especialidades y en los estudios de ATS, se produce un incremento masivo de trescientas a novecientas plazas y muchos aspirantes se quedaron sin plaza. Era Jefa de Escuela Rosa María Alberdi, que impulso la transformación de la Escuela de ATS en Escuela Universitaria de Enfermería. Con el Real Decreto de 23 de Julio de 1977, las Escuelas de ATS se integraban a las universidades como Escuelas Universitarias de Enfermería, hecho muy relevante para la enfermería española, en parte, posible gracias a prolongados movimientos reivindicativos de las enfermeras de todo el estado. En 1979, se eligió el primer equipo directivo de la Escuela constituido por enfermeras, coincidiendo con la dotación de recursos para su integración. Era una de las Escuelas mejor consideradas de todo el Estado, tanto por su plan de estudios como por su profesorado y su liderazgo en enfermería. Con la Ley de 1983 de reforma universitaria, y la obtención de plaza mediante las pruebas de idoneidad por parte de su profesorado, esta Escuela era la que contaba con más Profesores Titulares de Escuela Universitaria (setenta), profesionales de enfermería en su cuadro de profesorado, aparte de otros profesionales y profesores asociados. En 1992 se traslada la Escuela al campus de Bellvitge y se integra a la misma la referida Escuela Universitaria de Enfermería Principios de España dependiente del Instituto Catalán de la Salud y también los estudios de Podología que ya se impartían en dicho campus, junto a los de Medicina desde 1988.

En la última etapa de consolidación, la Escuela cuenta con tres departamentos (2 de enfermería y 1 podología) un numero importante de estudiantes de pregrado (aproximadamente 1100 de enfermería¹²⁶ y unos 250 de podología), una plantilla estable de profesorado, unas instalaciones adaptadas y lugares de prácticas idóneos para estos estudios de las dos enseñanzas. En el curso 1988-89 se inició un amplio programa de máster como titulación propia y diplomas de postgrado para favorecer tanto la formación continuada y la de expertos para profesionales de enfermería y de podología en los distintos campos asistenciales (hospitales, atención primaria, sociosanitarios, clínicas y consultorios podológicos). En 1994, tras años sin especialidades se inicia la especialidad de Matronas en la Escuela de la Universidad de Barcelona, con adscripción única en toda Cataluña y formación para 70 estudiantes por curso, siendo de las más prestigiosas del estado. En el año 2000 se pone en funcionamiento la unidad docente para impartir la especialidad de Enfermería de Salud Mental. En los últimos años la Escuela ha estado trabajando en dos temas esenciales para su futuro: los estudios de grado a raíz del EEES y la creación de nuevas instalaciones para la Escuela y una nueva clínica Podológica en el campus de Bellvitge (Roigé et al. 2010: 152-59). En el curso 2015-16 cuenta con cerca de 30 tesis doctorales defendidas en Enfermería, a partir de su vinculación con los másters citados y se trabaja como reto promover la investigación enfermera y los grupos consolidados como objetivos a corto plazo, aparte de la preparación del relevo generacional de la plantilla de profesorado (Roigé et al. 2010: 152-59). En suma, los rasgos históricos descritos contextualizan y aportan significado a la relevancia de la Escuela de

¹²⁶ El alumnado de la Escuela de Enfermería es mayoritariamente femenino (solo un 17% son hombres). El 80% proviene de las pruebas de acceso a la universidad (PAU); el resto llega a través de los ciclos formativos de grado superior. En ambos casos se han de superar las notas de corte más altas para estos estudios de toda Cataluña. En general, se trata, de estudiantes que han seleccionado estos estudios en primera opción, por lo que su componente vocacional es elevado. La nota de corte en 2015 para el Grado ha sido: Enfermería Clínic 10,474; Enfermería Bellvitge 9,898 y Enfermería SJD 8,182 (UB).

Enfermería de la Universidad de Barcelona, como elección de caso singular en este estudio exploratorio de caso.

¿Por qué se escoge esta Escuela de Enfermería de la UB y no otras?

Según refleja el apartado anterior, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona goza de una destacada tradición, veteranía e influencia, no solo en Cataluña, sino en todo el territorio español. Por ejemplo, es en esta institución donde se confeccionó el Libro Blanco para el título de Grado de Enfermería (con representantes de centros de casi todo el territorio español) co-liderado, además, por la directora de esta escuela junto con el director de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Zaragoza¹²⁷ (ANECA, 2004). También, otra propuesta alternativa al Libro Blanco, auspiciada por el Consejo General de Enfermería de España (CGE, 2004), fue dirigida por destacadas profesoras de esta escuela, que fueron líderes en la integración de la enfermería española en la universidad en nuestro país, aparte de haber dirigido el centro durante años. Asimismo la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona mantiene una proyección internacional, a través de la conexión con diversos países europeos (mediante programas como Sócrates y Erasmus), diferentes convenios de cooperación interuniversitaria con América Latina y los proyectos entre los dos continentes para la formación de profesorado y profesionales. Igualmente, tiene proyectos de investigación subvencionados por diversos organismos y de acuerdo con el EEES, desde el curso 2007-08 en este centro se pueden cursar másters que dan lugar al programa de Doctorado de Ciencias Enfermeras, además de ofrecer otras formaciones postgraduadas, según se ha comentado anteriormente. En conjunto, la destacada trayectoria formadora de esta Escuela, ha sido reconocida por la Organización Colegial de Enfermería, galardonándola en la pasada década con la "Encomienda de Enfermería categoría de plata" en "reconocimiento a su labor en el proceso de integración de los estudios de enfermería en la universidad y su brillante trayectoria durante todos estos años". (Entrevista a Peya Gascons, M. 2003:18-19).

En cuanto a los *criterios de elección del caso* se plantan los siguientes:

Aspectos preceptivos:

1) Configuración competencial para los estudios de Grado (EEES). Se trata de un diseño en su modalidad "específica" de la titulación, pendiente de elaborar en esta modalidad concreta en el centro de referencia.

2) La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, supone un nuevo precepto a cumplir por parte de profesionales de la salud, en cuanto a las características de la relación asistencial (en la que entre otros aspectos, se precisa la garantía de que el paciente comprende desde su condición sociocultural, los abordajes relacionados con su tratamiento, que además, en su caso, debe de autorizar; ley que en sus atribuciones competenciales, atañe a Enfermería).

Aspectos experienciales:

3) La experiencia docente, en particular, de haber ofertado en la pasada década diversas ediciones de una asignatura de Pérdidas y Duelo (que no fue posible repetir en el Grado, dada su adscripción previa a la Diplomatura y se oferta en la actualidad una sobre la Prevención del Síndrome de burnout en los equipos de salud) me permitió conocer de forma directa percepciones de los estudiantes en torno al tema.

4) La preocupación e interés común con profesorado organizador y coordinador del practicum (que en algunos casos ha participado como informante en este mismo estudio) afianzaba la problemática y necesidad percibida en las mismas clases teóricas (tanto en la asignatura optativa indicada, como en la de impartición regular, de Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud).

5) La construcción de la competencia comunicativa alcanzaba mayor sentido, si su elaboración se basaba en el enfoque de buscar mejorar problemática "real".

6) Esta cuestión, a mi juicio, presentaba la necesidad y el interés de explorar la situación comunicativa en enfermería –deseablemente junto con su modalidad competencial académica– tanto en el centro de referencia, como en el ámbito nacional e internacional, aunque, dada la complejidad de la comunicación, era necesaria una exploración en profundidad en este campo teórico, para buscar algún tipo de alternativa viable, que participara en alguna propuesta que captara el interés, el debate y en lo posible el consenso, para avanzar en la mejora o saneamiento del problema planteado.

En síntesis, a mi modo de ver, tanto o más importante que el centro en cuestión (que a mi juicio reúne la relevancia descrita, como sucede en otros casos) o centro/s, se pretendía poder describir la problemática y avalar la construcción competencial con un estudio como el que se presenta.

Finalmente, según orientaciones teóricas para este tipo de estudios, es también favorable la cercanía del investigador/a al caso escogido, de forma que la proximidad al fenómeno de estudio facilita su profundización y economía de esfuerzos y recursos. Esta cuestión se cumple dada la adscripción profesional docente de la investigadora de este estudio que trabaja en el centro seleccionado¹²⁸. En conjunto, la argumentación expuesta es plausible de coincidir con la denominación de *caso ejemplar*, en la medida que ilustra una situación representativa de un fenómeno social (Coller, 2005: 34).

En cuanto a la *Titulación profesional* es el objeto de la función y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), se refiere a la profesión enfermera en los términos siguientes: "*La definición de enfermera, en la que se basan las competencias, es la definición funcional aprobada por el Consejo de Representantes Nacionales, del CIE. "Enfermera es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación posbásica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación."* (CIE 1987 en CIE, 2003: 6). [la negrita es propia].

¹²⁷ La Directora en esos momentos era Margarita Peya y el Director de la Escuela de Zaragoza Luis Bernués

¹²⁸ Adscripción profesional: Profesora Titular, Escuela de Enfermería UB. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Unidad Docente de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Asignatura: Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud, 1er curso. Previo al grado EEES: Enfermería Psicosocial y de Salud Mental, 2º curso. Asignaturas Optativas ofertadas en diversos cursos académicos: Prevención de la síndrome de burnout en els equips de salut (se imparte en 2015-16 desde hace cuatro años, en la que en dos cursos ha participado en un grupo de estudiantes la Dra. Montse Puig). En cursos académicos previos: Pèrdues i dol en el cicle vital de les persones; Parlar en públic. Postgrado en codirección (M^a Dolores Miguel López de Vergara): Relacions Humanes i Tècniques grupals en infermeria i Relacions Humanes i qualitat assistencial en infermeria. Curso extensión universitaria: Com expressar-se en públic i arribar a les persones (codirigido con T. Verdura).

En la anterior definición funcional de la enfermera, se destaca que entre otros aspectos, toma especial relevancia formativa *una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento*. También, en este apartado de contextualización del caso, conviene tener presente que la práctica enfermera se presta en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad, según apunta el mismo párrafo anterior. Estos aspectos son esenciales en la presente investigación, en la medida que justifican el *componente relacional y comunicativo* de la práctica enfermera, motivo por el cual se incorporan en este apartado, donde se explica el contexto teórico y práctico de los estudios, que forma parte de la posterior elección de la muestra e instrumentos en la presente investigación. En cuanto a la *formación* para la titulación, desde la integración de los estudios de enfermería en la universidad a partir de 1977, se reforma el antiguo plan de estudios de ATS para dar lugar al título de Diplomado Universitario en Enfermería. La formación para esta titulación perdura hasta 2013. En el curso 2009-2010 se implanta además, la nueva titulación del Grado en Enfermería, derivado del EEES. Este estudio se basa en dicha titulación de diplomado, dado que era la modalidad vigente en el curso académico 2002-2003, momento de su inicio. Es fundamental clarificar, que durante todos estos años *no ha habido cambio alguno* en los contenidos y la forma de impartir la comunicación en los estudios de enfermería. En la diplomatura, la teoría se impartía en un programa de la materia de Psicología General y Evolutiva (asignatura con el nombre de Ciencias Psicosociales), en primer curso, semestral, con 4,5 créditos. En ella la comunicación era un tema del programa de 2 horas teóricas aproximadas de duración. En el Grado de Enfermería la situación para el tema de la comunicación es idéntica, aunque ha cambiado el nombre de la asignatura (Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud) y se ha fusionado con otra (Enfermería Psicosocial y de Salud Mental), de la que existe la posibilidad de nueva división y volver a la modalidad anterior, independiente para ambas. Estos aspectos no repercuten en la forma de impartir la comunicación, que en su modalidad de contenidos ha permanecido inalterable. Otra cuestión, es que en cualquier asignatura de la titulación se realizan seminarios teórico-prácticos complementarios, aunque no se imparten de específicos dedicados a la comunicación, con la salvedad del caso de la entrevista observacional, en la mencionada asignatura de Ciencias Psicosociales.

Cabe tener presente, que en enfermería, salvo técnicas específicas (como pueden ser las de tipo médico-quirúrgico), el componente relacional es omnipresente, porque es a través de la comunicación que se puede conocer el estado de salud del paciente para buscar dar respuesta a sus necesidades de salud. A nivel académico ello supone, que en todas las asignaturas de estos estudios, el componente relacional emerge, en el niño, en el adulto, en el anciano, en salud mental, etc. ya sea en la faceta preventiva o de tratamiento o rehabilitadora de la salud. Por lo tanto, aspectos comunicativos (por ej. sobre qué preguntar a los pacientes) se abordan de manera genérica en todas las asignaturas, en unos casos se referirá al niño, en otros al anciano, etc., aunque el lugar atribuido para esta teoría en los estudios de enfermería, es entre los contenidos de Psicología general y Evolutiva referidos. Otra cuestión aparte es la construcción teórica de una competencia comunicativa, que según se ha referido, no está desarrollada en estos estudios y forma parte de la propuesta de este estudio. En síntesis, todas estas explicaciones se corresponden con que en la diplomatura de enfermería se impartía una modalidad de enseñanza tradicional, que era la común o que correspondía a la etapa previa de la implementación del EEES, en la antigua titulación de diplomado. Esta modalidad permanece en el Grado, hasta que progresivamente las distintas asignaturas van desarrollando configuraciones de las construcciones competenciales y este no ha sido el caso para la competencia comunicativa que aquí se aborda.

En cuanto a la dilatación en el tiempo para la realización del presente estudio, ha sido ineludible. Fruto de la dificultad de obtener información procedente sobre el desarrollo competencial en el EEES, antes de 2009-2010 para el ámbito académico, especialmente porque no se disponía de antecedentes en la modalidad de competencias académicas en la educación superior.

Posteriormente, han ido apareciendo publicadas experiencias docentes diversas, aunque este no ha sido el caso de la competencia comunicativa específica para enfermería desde la perspectiva académica (por ej. en este estudio, no se ha podido obtener ninguna referencia concreta de su desarrollo y/o implementación desde dicha perspectiva). En ello interviene la complejidad competencial y de forma particular, el tema comunicativo, como lo demuestran un sinnúmero de teorías, modelos y perspectivas sin consensos alcanzados por los teóricos y reconocidos por los mismos expertos (por ej. Craig, 2007). Todo ello, como se apunta en otros apartados de este estudio, no se ha visto favorecido por la ortodoxia del método científico positivista o neopositivista, hasta reconocerse la modalidad constructivista como una perspectiva plausible en los enfoques de investigación, que repercute muy directamente en el caso de la competencia comunicativa. Dicho en otras palabras, sin dicha perspectiva, se hace muy difícil poder apuntar la construcción de una competencia como la comunicativa, que aparte de ser desarrollada en contexto como las restantes, requiere de una batería de habilidades interpretativas y de retroalimentación, difíciles de preveer con antelación, dado que emergen a partir del encuentro en la situación cara a cara, en el que la enfermera tiene que comprender al paciente, a la vez que hacerse comprender por este, según esta legislada la relación asistencial (Ley 41/2002). En consecuencia, en estos años ha sido continua la búsqueda de información y la exploración profunda de documentación que permitiera comprender esta enigmática temática comunicativa, que por más que común por su empleo constante, resulta muy difícil su explicación y en particular para el ámbito docente, hecho que puede corroborar la dificultad en la obtención de estudios en esta temática.

Sobre la *estructura de los estudios*, la titulación de Diplomado en Enfermería, era una enseñanza de primer ciclo, con una duración de tres años académicos y un total de 230 créditos. Las asignaturas obligatorias y troncales se establecen en 189 créditos (Tabla 5.1.), por el mismo centro y Guía del Estudiante, editada entonces en papel para cada curso académico. Otros créditos corresponden a asignaturas optativas y de libre elección¹²⁹. Se estructuran en carácter semestral o anual. La finalidad de dicha titulación es formar profesionales de enfermería generalistas con conocimientos y habilidades para actuar tanto en el hospital como en los centros de atención primaria o sociosanitarios. En la Escuela de Enfermería de la UB, la obtención de diplomatura suponía para el estudiante el alcance de los siguientes *objetivos*: Identificar las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad; 1) Ofrecer atención de enfermería integral a personas, familias y comunidad, en el ámbito intra y extra-hospitalario; 2) Trabajar con otros profesionales dirigiendo la actividad del equipo de enfermería; 3) Colaborar con el equipo de salud y responsabilizarse de las funciones específicas de enfermería; 4) Participar en la planificación sanitaria del país conociendo y utilizando al máximo los recursos de la comunidad; 5) Actuar como educador permanente en cualquier nivel de su actividad profesional; 6) Comprender los principios y elementos del método científico. 7) Participar activamente en las investigaciones; 8) Haber desarrollado al máximo sus capacidades humanas y cívicas que les ayudarán en la prestación de un completo servicio profesional.

Acerca de las *prácticas*, en 1999 se realizó una reforma, que buscó la mayor coherencia y profundidad secuencial y su mayor vinculación con la teoría y con este fin se desarrolló una planificación específica. A la nueva modalidad se le atribuyó el nombre de practicum. El practicum se estructura en *Introductorio, Hospitalario, Comunitario y Cuidados críticos*. Una idea de cada uno de ellos puede ser la siguiente: El practicum *Introductorio*, se realiza en el tercer semestre. Supone para el estudiante, una toma de contacto y una estancia breve de

¹²⁹ Además se daba el caso que los 230 créditos establecidos en el Plan de Estudios, presentaban dificultades de establecimiento en la práctica (no había tiempo material), por lo que hubo que realizar ajustes adaptados a la temporalidad y horarios del curso académico.

Tabla 5.1

Plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. Asignaturas troncales y obligatorias		
<i>Primer semestre</i>	Créditos	TOTAL
Estructura i función del cuerpo humano	10,5	
Fundamentos de Enfermería	13,5	
Ciencias Psicosociales	4,5	
Enfermería de Salud Pública	7,5	
TOTAL		36
<i>Segundo semestre</i>		
Introducción a la Enfermería Médico Quirúrgica	9	
Enfermería Comunitaria I	7,5	
Enfermería Psicosocial y Salud Mental	6	
Nutrición y Dietética	4,5	
Farmacología Clínica	4,5	
Historia de la Profesión	4,5	
TOTAL		36
<i>Tercer semestre</i>		
Enfermería Médico Quirúrgica I	9	
Administración de Servicios de Enfermería	7	
Enfermería Maternoinfantil I	7,5	
Enfermería Maternoinfantil II	7,5	
Legislación y Ética profesional	4,5	
<i>Practicum Introductorio</i>	7	
TOTAL		42,5
<i>Cuarto semestre</i>		
Enfermería Médico Quirúrgica II	10,5	
Enfermería Comunitaria II	10,5	
Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental	6	
Enfermería Geriátrica	6	
TOTAL		33
<i>Quinto y sexto semestre</i>		
<i>Practicum Hospitalario</i>	20	
<i>Practicum Comunitario</i>	15	
<i>Practicum Cuidados Especiales</i>	6,5	
TOTAL		41,5
		189
Nota: desde 1999 hasta 2013 Fuente: Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. http://www.ub.edu/infermeria/		

Elaboración propia.

unas cinco semanas de duración en hospitales comarcales de primer nivel. *Hospitalario*, se realiza en el quinto semestre y supone unos cuatro meses de duración con prácticas en centros complejos, (por ej. Hospital de Bellvitge o Hospital Clinic i Provincial). En el sexto semestre se realizan algo menos de tres meses en Asistencia Primaria (practicum *Comunitario*) y en torno a un mes en determinados cuidados específicos (*practicum Cuidados especiales*), se trata por ej. de UCI y urgencias y también otras especialidades como Salud Mental, Geriátrica y Pediatría. En este último periodo los estudiantes se intercambian, los que están primero en un practicum, van después al otro y al revés. Es decir la plaza vacante que dejan unos, es ocupada por los otros, para poder dar rotación a todos los estudiantes. Estos aspectos pueden apreciarse en la Tabla 5.2. Por otro lado, en esta titulación cada año empiezan los estudios dos promociones de estudiantes. Una en septiembre y otra en enero, de forma que siempre hay dos grupos que hacen primero, segundo o tercero y se cabalgan. Por este motivo, las prácticas explicadas se repiten y se realizan dos ediciones: una en otoño y otra en primavera (Tabla 5.3). En cada turno hay aproximadamente la mitad de estudiantes del centro, en torno a 400-450 aproximadamente. En cuanto a las profesionales que participan en la formación del practicum: Se planifican en la Escuela a través de: a) dos Coordinadoras para cada modalidad de practicum, b) Profesorado Tutor que acude a los centros asistenciales a brindar soporte formativo a los estudiantes, c) Enfermera de referencia asistencial (por ej. en los hospitales la enfermera veterana de la planta), d) Supervisoras similar al caso de la enfermera anterior.

Deseablemente, la formación comunicativa que este estudio propone, podría ser desarrollada desde la teoría con seminarios teóricos-prácticos por un lado, y experimentada por el estudiante durante las prácticas y reforzada mediante seminarios en el escenario asistencial. Sin embargo para ello se precisa una estructura o "arquitectura" competencial que no existe en el presente. No obstante, conforme transcurre la evolución de la sociedad, la comunicación preocupa más a los docentes y también los refuerzos temáticos durante las prácticas. En consecuencia, en relación con los estudios y con la muestra de estudiantes que se aborda a continuación, esta investigación *asume* que los estudiantes no han recibido otra formación específica en comunicación que la que se describe, lo cual puede repercutir en el repertorio de habilidades comunicativas del que dispongan durante su formación. No obstante, ello no exime otras influencias que hayan podido incidir en su evolución sociocultural, en especial a partir del gran impacto de la TICs en nuestra sociedad.

La *muestra* esta constituida por n=318 estudiantes y n= 21 estudiantes y profesionales.

La muestra total se compone de 339 sujetos que guardan relación con la presente investigación en diferentes modalidades y perfiles. De ellos, 327 son estudiantes y 12 profesionales. El detalle y la composición de la muestra es como sigue: 318 estudiantes participan en el estudio cuantitativo y 9 estudiantes en el cualitativo (entrevistas), junto con 12 profesionales. Por otro lado, de los n=318 un subgrupo n=58 participo en un estudio exploratorio inicial y siguió perteneciendo al grupo total de estudiantes n=318.

La muestra se elige en base a los siguientes criterios: en un estudio exploratorio inicial (n=58) se trata de una muestra no probabilista de conveniencia, dado que se distribuye un cuestionario en clase (coincidente con la propuesta de Polit, Hungler, 1991: 208), para este tipo de situaciones. En la siguiente fase de la investigación, la población diana objetivo de estudio esta constituida por los estudiantes que van a prácticas en primavera de 2003, que son 438. Dado que se tiene acceso a todos ellos, se contempla como muestra la totalidad de estudiantes. De estos respondieron a los instrumentos administrados (cuestionarios), 318 estudiantes, que configuran la muestra definitiva. En cuanto a la muestra de entrevistas se utiliza la modalidad de selección "en bola de nieve" (Corbetta, 2007:288), es decir a partir de un pequeño numero de entrevistados, que reúnen los requisitos previstos, orientan ellos mismos sobre la posibilidad de obtener otros informantes, y el número de sujetos crece, de aquí la analogía con la bola de nieve. En cuanto a la ampliación de estos criterios, se aporta la información siguiente:

(a) El *estudio exploratorio inicial*, consiste en la distribución de un instrumento (*La comunicación entre un conjunto de habilidades*), autocumplimentado, entre los estudiantes

asistentes a una clase en diciembre de 2002. Se trata de estudiantes de primer año, turno de tarde, donde la autora de este estudio imparte docencia regularmente. La misma operación se repitió en el turno de mañana. Se obtuvieron: 138 cuestionarios en total (77 de mañana) y (61 de tarde) de 165 estudiantes inscritos en los dos turnos. El motivo por el cual se escogió este grupo, es porque que no habían ido nunca a prácticas en estos estudios y el procedimiento fue tanto por su carácter exploratorio como por economía de recursos, al tratarse de una muestra fácilmente alcanzable. Posteriormente, en primavera de 2003, estos estudiantes acudieron a prácticas (practicum Introdutorio) y al finalizarlas, se les volvió a pasar el mismo cuestionario. Durante las prácticas asistenciales, distribuidas por la provincia de Barcelona, los estudiantes se dispersan, acuden menos a la Escuela y es más difícil contactar con ellos. Además, dentro del aludido periodo de prácticas de primavera, se dividen los estudiantes en dos grupos, de forma que uno de ellos las finaliza en abril y el otro el 30 de mayo. Este segundo grupo, finaliza justo en periodo de exámenes, con lo cual las respuestas posibles de obtener constituyen la muestra en n=58, aspecto que puede contemplarse como una limitación de este estudio exploratorio inicial.

(b) Para la totalidad de las 438 plazas de prácticas ofertadas y estudiantes (población diana), para el periodo primavera de 2003, de inicio en febrero, y para todos los practicums (*Introdutorio, Hospitalario, Comunitario y Cuidados Críticos*) se distribuye un instrumento en papel forma de díptico, que integra tres cuestionarios: 1) *La comunicación entre un conjunto de habilidades*, 2) *Retos comunicativos en el curso de aprendizaje* y 3) *Percepción de "elementos comunicativos" en la formación*. Las respuestas se recogieron entre mayo y junio. La muestra queda constituida en n=318 respuestas. (Tabla 5.4).

(c) La construcción de la *muestra se completa* con: n= 21 (entrevista) y composición siguiente:

Estudiantes pregraduados en prácticas 6, estudiantes pregraduados en prácticas con algunas particularidades relacionales 3, "estudiantes recién postgraduados" que trabajan 2 y profesionales 10. En total $6+3+2+10 = 21$ (Tabla 5.5).

El criterio que se establece es el de seleccionar informantes representativos y a la vez pares opuestos dentro de un mismo subgrupo y status, según orientación de Gorden (1975) para los tipos polares. Al respecto Ibáñez (1979) indica que "*para una muestra estructural son relevantes los términos de cualquier oposición y las fases de cualquier proceso*". En suma, la idea motor es ganar conocimiento del "universo" (Valles 2007:66-69). Los primeros informantes se localizan a partir de coordinadoras de prácticas de la Escuela y el resto en la aludida modalidad en "bola de nieve". Así se obtuvo la siguiente muestra de informantes para la entrevista: pregraduados en prácticas 6 casos; pregraduados con alguna dificultad relacional 3 casos; estudiantes "postgraduados noveles que trabajaran" 2 casos; profesionales asistenciales con estudiantes a su cargo 2 casos; directora de enfermería o empleadora 1 caso; tutora del practicum 1 caso; coordinadoras del practicum 6 casos. De la totalidad de n=21 sujetos, 15 eran mujeres y 6 hombres. En el caso del profesorado u otros cargos, por la gran presencia de mujeres y escasos hombres no se pudo obtener la polarización indicada. De la totalidad de n=21 sujetos, 15 eran mujeres y 6 hombres. (Tabla 5.6).

Los criterios de representatividad son los siguientes: a) Estudiantes pregraduados: 9 casos. Dentro de la diversificación posible, se eligen estudiantes que respondan a los siguientes criterios de inclusión: 1) estar realizando los estudios de Enfermería en aquel año; 2) Estar finalizando sus prácticas en uno de los 4 periodos posibles; 3) Aceptar ser entrevistados voluntariamente, para este estudio; 4) Dos de cada practicum y en lo posible, de distinto sexo. 5) Además se incluyó algún estudiante con algunas particularidades comunicativas (por exceso o por defecto) si surgía el caso y siempre que cumplieran con los tres primeros criterios anteriormente planteados. Así se contó con 6 estudiantes pregraduados, dos para cada periodo de practicum y 3 con alguna particularidad relacional o comunicativa, que se identifica como "dificultad relacional" debida a timidez aguda (caso 7), problema fonético (caso 8) y complejidad relacional por problemática psicosocial familiar (caso 9). Por este motivo, se atribuye la sigla DR en la identificación de estos informantes.

Tabla 5.2

Diplomatura de Enfermería (UB) Periodos de prácticas por semestres y correspondencia cursos académicos					
1er curso		2º curso		3er curso	
SEMESTRES					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
		Introdutorio		Hospitalario	50% Comunitario 50% Cuidados Especiales

Elaboración propia.

Tabla 5.3

Diplomatura de Enfermería (UB) Periodos de prácticas (practicum) Ediciones practicum, grupos y semestres académicos			
TIPOS PRACTICUM	PERIODOS	2 EDICIONES	GRUPOS
INTRODUCTORIO	3er semestre	Otoño	- Mañana - Tarde (en cada practicum)
HOSPITALARIO	5º semestre	Primavera	
COMUNITARIO	6º semestre		
CUIDADOS ESPECIALES	6º semestre		

Elaboración propia.

Tabla 5.4

Muestra, criterios de selección y su relación con los instrumentos			
<i>Instrumento: Entrevista</i>			
Muestra: sujetos	Criterio selección por status	Nº TOTAL casos	
Estudiantes de cada una de las distintas etapas de practicum	Pregraduados en prácticas	9	
Postgraduados noveles con trabajo asistencial	Profesionales noveles que trabajan	2	
Enfermera y supervisora de planta	Asistenciales con estudiantes a su cargo	2	
Como directora de enfermería de un hospital	Empleadora	1	
Profesora de enfermería	Tutora practicum	1	
Profesoras de enfermería	Coordinadora practicum	6	
<i>Instrumentos: Cuestionarios</i>			
Muestra: Sujetos	Criterio selección por status	Nº TOTAL casos	
Estudiantes pregraduados	No han ido nunca a practicas	58	58*
Estudiantes pregraduados de los 4 practicums (todos)	Haber realizado practicas	318	318
Nota: * Los 58 estudiantes son un subgrupo de 318			

Elaboración propia.

Tabla: 5.5.

Entrevistas: identificación de la muestra y relación de sujetos con las prácticas de Enfermería (total n = 21 entrevistas)				
ESTUDIANTES PREGRAUDADOS: Total 6				
Nº	NOMBRE	PRACTICUM	CENTRO	SERVICIO
1	AGM	Introductorio	Hospital Viladencans	Medicina INterna
2	AML	Introductorio	Hospital Viladencans	Medicina INterna
3	DSA	Hospitalario	Hospital Bellvitge	Cardiología, ORL
4	MAT	Hospitalario	Hospital Duran Reynals	Oncología Médica
5	GVG	Cures Especiales	Maternidad	-
6	JCPC	Cures Especiales	Hospital Bellvitge	UCI Coronarias
ESTUDIANTES PREGRADUADOS CON DIFICULTAD RELACIONAL O COMUNICATIVA: Total 3				
7	LJM	Hospitalario	Clinic	Cirugia Hepatica y Gastroenterologia
8	LGS	Hospitalario	Hospital Bellvitge	Traumatismo aséptico y Urologia
9	MAP	Hospitalario	Hospital Bellvitge	Cirugia General
POSTGRADUADOS QUE TRABAJAN: Total 2				
Nº	NOMBRE		CENTRO TRABAJO	SERVICIO/CARGO
10	MDCR	--	Clinic	Sistema Nervioso Central (Neurologia, Psiquiatria y Neurocorugia)
11	SMG	--	Hospital General Osona	Cardiologia y Oncologia
PROFESIONALES EMPLEADORES: Total 1				
Nº	NOMBRE		CENTRO TRABAJO	SERVICIO/CARGO
12	MR	--	Hospital Viladencans	Directora Enfermeria
PROFESIONALES ASISTENCIALES CON ESTUDIANTES A SU CARGO: Total 2				
Nº	NOMBRE		CENTRO TRABAJO	SERVICIO/CARGO
13	DE	--	Clinic	Supervisora
14	AR	--	Hospital Duran Reynals	Enfermera de Planta
PROFESIONAL CON TRABAJO ASISTENCIAL Y DOCENTE - TUTORA PRACTICAS: Total 1				
Nº	NOMBRE	PRACTICUM	CENTRO TRABAJO	SERVICIO/CARGO
15	YL	Introductorio	Hospital Esperit Sant	Enfermera de Planta y Tutora EUI
PROFESIONALES DOCENTES: PROF. TITULARES – COORDINADORAS PRACTICUM: Total 6				
Nº	NOMBRE	PRACTICUM	CENTRO TRABAJO	SERVICIO/CARGO
16	TVA	Introductorio	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum
17	RBB	Hospitalario	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum
18	VSC	Hospitalario	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum
19	APS	Comunitario	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum
20	HVLL	Cures Especiales	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum
21	BS	Cures Especiales	EUI Profesora Titular	Coordinadora Practicum

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.6

Entrevista n=21					
Informantes: estatus, procedencia y características sociodemográficas					
ESTATUS DEL ENTREVISTADO /A	Nº TOTA - CASOS	PROCEDENCIA. VINCULACIÓN CON PRACTICUM	CENTRO PROCEDENCIA (H. = HOSPITAL)	SERVICIO	EDAD, SEXO, IDENTIFICACION
ESTUDIANTES:	9	Practicum Introdutorio: 2	H. de Viladecans: 2	Medicina Interna: 2	22 H - AML 19 M - AGM
		Practicum Hospitalario: 5	H. de Bellvitge: 3	- Cirugía General y Digestiva: 1 - Servicio Cardiología y ORL: 1 - Serv. Traumatismo Aséptico y Serv. Urología: 1	21 M- MAP 20 H - DSA 24 M - LGS
			H. Duran Reynals: 1	Servicio Oncología Médica: 1	30 H-MATD
			H. Clinic: 1	Serv. Cirugía Hepática y Servicio Gastroenterología: 1	26 M - LJM
		Practicum Cuidados Especiales: 2	H. Maternidad: 1	Hospital Maternidad: 1	24M - GVG
			H. de Bellvitge: 1	UCI Coronarias: 1	24H - JCPC
POSTGRADUADOS QUE TRABAJAN (NOVELES)	2	Finalizó curso académico 2002-03 : 1	Trabaja en H. Clinic: 1	Serv. Sistema Nervioso Central: 1 (Neurología, Psiquiatría Infantil y Adulta y Neurocirugía)	27M- MDCR
		Finalizó curso académico 2002-03: 1	Trabaja en H. General Osona: 1	Serv. Cardiología y Oncología: 1 (es la misma planta)	32H-SMG
PROFESIONALES ASISTENCIALES IMPLICADOS EN PRACTICUM:	3	Directora Enfermería (empleadora): 1	H. de Viladecans: 1	---	50 M-MR
		Supervisora de planta o servicio: 1	H. Clinic: 1	Serv. Medicina Interna: 1	48 M-DER
		Enfermera de planta: 1	H. Duran Reynals: 1	Servicio Oncología Médica: 1	30 M-ARL
PROFESIONALES ASISTENCIALES Y DOCENTES IMPLICADOS EN PRACTICUM	1	Prof. Asociada: 1	H. Esperit Sant (Santa Coloma) Y Departamento Médico Quirúrgica EUJUB: 1	----	36 M-YLDP
PROFESIONALES DOCENTES IMPLICADOS EN PRACTICUM	6	Coordinadora:6	Escuela Enfermería UB: 6	Practicum Introdutorio. 1 Practicum Hospitalario: 2 Practicum Comunitario: 1 Practicum Cuidados Especiales: 2	TVA M-47 VSC M-6 50 M-RB 51 M-AMPS 54 M-BS 43 M-HVLL
TOTAL..... 21 sujeto					

Fuente: elaboración propia

b) "*Estudiantes recién postgraduados*" que trabajan: 2 casos. Los postgraduados de enfermería significan lo mismo que las enfermeras de planta sin distinción, sin embargo se les selecciona por otro criterio. La atribución es la de su formación reciente, de forma que mediante su trabajo han podido empezar a notar efectos de la repercusión de esta formación en la práctica asistencial "real". Así este estudio contempla que pudieran dar razón de aspectos de la enseñanza-aprendizaje de comunicación y en su caso, la repercusión en su trabajo. De esta forma se integran en la muestra a 2 estudiantes postgraduados, un varón, trabajando en la provincia de Barcelona y una mujer trabajando en Barcelona ciudad, que cumplieran los criterios indicados.

c) *Formadores en el practicum*. Los criterios de selección giraron en torno a la diversidad de plazas que participan con la formación de estudiantes en prácticas y su participación voluntaria en este estudio. Características de su perfil: 1) *Supervisora de enfermería*. Habitualmente, se trata de enfermeras con cargo de mando intermedio, que colaboran con la dirección de enfermería en gestiones organizativas y de recursos humanos. Generalmente están ubicadas en servicios y ejercen de jefa enfermera de planta, sala o servicio, por lo que conocen bien la dinámica de los estudiantes en prácticas. 2) *Enfermera de planta con estudiantes a su cargo*. Profesionales presentes en salas de hospitalización o unidades de pacientes críticos (UCI, urgencias, etc.) donde realizan prácticas los estudiantes de enfermería. La enfermera de planta es la referencia cercana del estudiante en prácticas, y participa de forma directa en esta evaluación junto con la tutora de prácticas. La supervisora es el superior jerárquico de dicha enfermera. 3) *Tutora de prácticas*. Es enfermera/o asistencial, contratada/por la Escuela a tiempo parcial, para ejercer el rol docente de acompañar a los estudiantes durante sus prácticas¹³⁰. 4) *Coordinadora de prácticas*, Profesoras Titulares de la Escuela, que han participado en la creación e implementación del practicum y que se siguen ocupando de su desarrollo, supervisión y evaluación en cada curso académico. Trabajan en colaboración con Tutores/as de prácticas, Enfermeras, Supervisoras, Directoras de Enfermería. Especialmente con dichas directoras, se negocian plazas de estudiantes y se realizan convenios con ese fin, entre la institución asistencial y la docente. 5) *Empleadora* (Directora de Enfermería de un hospital). Se trata de un hospital general básico y de agudos. Dispone de 108 camas, con diversas especialidades asistenciales y quirúrgicas, consultas externas y exploraciones complementarias. Es titularidad del Institut Català de la Salut (ICS) y forma parte de la Xarxa d'Hospitals Universitaris Públics (XHUP), participa de la cobertura asistencial de unas 128.000 personas (Hospital de Viladecans, 2009). La Directora de Enfermería, tiene interés especial en la presencia de estudiantes en prácticas, que ayudan a las enfermeras de sala a la vez que aprenden. Como empleadora, les puede contratar como empleados del centro, en especial, tras la obtención de la titulación de enfermera.

En cuanto al *perfil de los participantes* de la muestra, la composición por sexos y la media de edad se plantea en las Tablas 5.7 y 5.8:

Se ha indicado que existen pocos estudios sobre el perfil de estudiantes de enfermería. La Asociación de Directoras de Enfermería de Cataluña (2009: 36-44) realizó un estudio en base a una muestra de 900 estudiantes, procedentes de todos los cursos y Escuelas de Enfermería de Cataluña recogida durante el curso 2005-2006. Se establece una media de edad de 22,9 años. En cuanto a la distribución por sexos, la proporción de mujeres es del 87% y de hombres el 13% (Asociación de Directoras de Enfermería de Cataluña, 2009: 36-44).

La representatividad de mujeres, en el presente trabajo es de 87,1%, y es coincidente con la proporción que apunta dicha publicación 87 % y con un estudio sociológico que se refiere a continuación, aunque en ese caso dicha proporción es para profesionales colegiadas. No obstante en este estudio se apunta una tendencia a la agudización de la feminización de la

¹³⁰ La Generalitat, en la Guía del tutor en profesiones de salud, hace referencia a funciones y rasgos como: planificación de prácticas, enseñanza-aprendizaje de la profesión en relación con el centro sanitario, relación con el alumno y capacidad pedagógica (Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut, 2003:14-16).

profesión (Rodríguez Díaz y C. Bosch, 2005: 32-34). En el caso de hombres en el presente estudio 10,4% y en la publicación de referencia 13%. Si se contempla que la muestra estudiada supone 438 estudiantes que equivalen al 50% del total de alumnos que cursan los estudios en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, y que en el caso del estudio de referencia se basa en una muestra de 900 estudiantes, parecería que en el presente trabajo hay mayor representatividad de mujeres y podría suceder también en el caso de hombres. En cuanto a la media de edad en este trabajo surge de 22,3 (algo mayor en el caso de la muestra de entrevista 23,33 que son únicamente 9 estudiantes) y en el caso de dicha publicación la media es de 22,9 años. Cabe pensar que este contraste también puede guardar relación con la diferencia muestral. En cuanto a la situación laboral, se cuenta con datos estadísticos registrados por la Universidad de Barcelona, en base a las declaraciones efectuadas por los estudiantes matriculados y la proporción que aparece es, trabajo fijo: 12,07%; eventual 27,79%; sin contrato 8,59%; en paro con subsidio 1,01%; en paro sin subsidio 1,92%; no trabaja 496¹³¹. No obstante cabe contemplar que no todos los estudiantes cumplimentan los apartados correspondientes a la totalidad de información que solicitan los formularios. En conjunto, una idea aproximada la puede aportar el perfil de estudiantes que resumen las Directoras de Escuelas de Enfermería de Cataluña, 2009 en los siguientes términos: el perfil del estudiante de enfermería para Cataluña, se apunta como: "una *mujer de 22,9 años, soltera y sin hijos a su cargo, procedente de Cataluña, a quien financian los estudios sus padres y que ha accedido a los estudios universitarios a través de la Prueba de Acceso a la Universidad, eligiendo Enfermería en primera opción*". (Asociación de Directoras de Enfermería de Cataluña, 2009: 36-44).

En el cuanto a los *estudiantes "recién postgraduados" que trabajan*, la media de edad es de 29,5 años, y al tratarse de dos casos, por el aludido criterio de pares opuestos, se seleccionó un varón y una mujer. En consecuencia no se ajusta a las proporciones referidas para estudiantes. El aludido estudio sociológico¹³², realizado en Cataluña (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona) por un equipo de sociólogos de la Universidad de Barcelona, mediante una muestra de 2.218 colegiados (población 27.251), aporta datos sociodemográficos y sitúa a las enfermeras como profesionales jóvenes (38 años de media de edad), mayoritariamente mujeres (87%) y según se ha indicado con tendencia a agudizarse esta feminización. Del referido estudio se destaca que las profesionales informantes, en general, se sienten satisfechas con su profesión y *un 80% volvería a incorporarse*, aunque sienten que su profesionalización está insuficientemente valorada por la sociedad. En relación con la temática de la presente investigación, también se enfatiza que las informantes consideran que la enfermería tendría que estar orientada al bienestar y satisfacción de las necesidades del conjunto de la sociedad y querrían tener un *papel más consultor y orientativo*, compatible con las atenciones que prestan en la actualidad (Rodríguez Díaz y C. Bosch, 2005: 32-34). El componente consultor, orientador, asesor, en general, es un destacado rol de enfermería, donde la competencia comunicativa tiene la función esencial de ejercer de mediadora de la comprensión del paciente, así como de transmisora de información y retroalimentación, en especial, para la calidad de la atención centrada en el paciente.

¹³¹ Cabe tener en cuenta que las cifras totales de estudiantes presentan márgenes de variación, por eso en este estudio se presentan de forma aproximada. Por ejemplo, hay estudiantes que no se matriculan de una asignatura, o de prácticas, otros que repiten, otros que abandonan el curso, etc... Por ejemplo en las previsiones de prácticas, hasta que los alumnos no están distribuidos y confirman que asistirán a las prácticas, no se sabe a ciencia cierta cuantos las realizarán.

¹³² Otros estudios sociológicos relevantes sobre la profesión de enfermería en España, con amplitud de contenidos y riqueza de datos son los realizados por: Domínguez Alcon, C. Rodríguez, J.A. y de Miguel, J.M. (1983). Sociología y Enfermería. Madrid. Pirámide; Domínguez Alcon, C. (1986). Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid. Pirámide; Domínguez Alcon, C. (1990). Estudios de Recursos humanos: La enfermería en Cataluña; Ramió Jofre, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña. (Directora C. Domínguez Alcon). Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona; Casanovas Calvet, I. (2005). La socialització professional en infermeria durant el procés educatiu. (Director J.A. Rodríguez Díaz). Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona.

Tabla 5.7

Género de la muestra: distribución por sexo					
n=318		n=58	n=21		
	%	%	Estudiantes	Postgraduados	Profesionales
			%	%	%
Hombre	33 (10,4)	13(22,4)	4 (44,4)	1 (50%)	
Mujer	277 (87,1)	45(77,6)	5 (55,6)	1 (50%)	10
Desconocido	8 (2, 5)				
Total	318 (100,0)	58(100,0)	9 (100,0)	2 (100,0)	10 (100,0)

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.8

Muestra: Media edad			
n=318 (n=58)	n=21		
	Estudiantes	Postgraduados	Profesionales
22,3	23,33	29,5	46,9

Fuente: elaboración propia

En relación con las *profesionales* que integran la muestra, la media de edad es de 46,9 años, dado que en general se trata de profesionales veteranas, que han alcanzado un cierto desarrollo y estatus profesional (Directora de hospital, Profesoras Titulares, Supervisora, etc.). Se da el caso que entre este grupo dos profesionales (una enfermera asistencial y una profesora Tutora o asociada, son mas jóvenes de 30 y 36 años respectivamente cuya media de edad supone 33 años, por lo que estarían mas próximas a la edad de los *estudiantes "recién postgraduados" que trabajan*. Todas las integrantes de la muestra de profesionales, son mujeres, según se ha comentado con anterioridad, dado que la proporción de varones es muy baja en enfermería y se agudiza en el caso de cargos de académicos y de gestión.

Acerca de los *instrumentos*, en el presente estudio, se toma en consideración la documentación analizada del fenómeno a investigar, las hipótesis y objetivos del estudio, así como las preguntas de investigación y se plantea un tipo de instrumento adecuado para la información que se desea obtener. Por un lado se diseña una *entrevista* estructurada, con las mismas preguntas para todos los informantes (ampliadas en número, en apartados específicos en el caso de profesionales, para profundizar en aspectos del fenómeno de socialización de los estudiantes) de forma que pueda obtenerse información propia o complementaria a la del resto de instrumentos (cuestionarios). Se tiene en cuenta el propósito del estudio "por qué" y "para qué" se realiza. A modo de eje central, se establece un protocolo, (Tabla 5.9) con ámbitos y objetivos, (Ámbito: Propio; Asistencial: general, prácticas (enfermo y familia), Ámbito asistencial prácticas (enfermera, equipo y tutora), Formativo teórico, Cualquier sugerencia o aportación que quieras hacer (de lo que a ti te parezca), ampliando los dominios que se quieren investigar en la línea de recomendaciones de Javeau (1971) que refiere integrar el dominio "personal", "ambiente que les rodea" y el de su "comportamiento" (Sierra Bravo, 1990: 365-370), se contempla también el modelo extracontextual de Gorden (1975), (citado por Valles: 2007) que indica contemplar factores "extrasituacionales y situacionales que se derivan en una microsituación". A continuación se diseñan las preguntas para cada ámbito calculando la información que posibilitarán obtener en relación al fenómeno de estudio y en particular con la hipótesis y objetivos, así como supuestas respuestas buscando el alcance de la información contemplada en la investigación en su caso, en complementariedad con el resto de instrumentos.

Las preguntas se plantean de tipo introductorio, de seguimiento, de especificación, directas y de silencio e interpretación, en el caso de la pregunta de respuesta abierta. Se plantea un lenguaje dinámico y más o menos coloquial, dado que se trata de entrevistar a estudiantes y profesionales, que aun sin conocimiento interpersonal directo, existe la confluencia profesional. Este tipo de entrevista se considera un instrumento adecuado para mantener estandarización de resultados y describir una situación social cuantitativamente, cuando el fenómeno a investigar no se conoce lo suficiente. Se considera a medio camino entre el contexto de descubrimiento y el de justificación (Corbetta, 2007: 350). De forma específica interesa conocer la perspectiva del sujeto estudiado y sus interpretaciones. Es también una opinión en directo y "real" a través del punto de vista de testigos y expertos (y también casos específicos, con alguna dificultad de comunicación). En este sentido, se busca que los estudiantes informantes puedan cubrir la gama de situaciones formativas de interés para la investigación, como sucede en el caso de profesionales que alcanzan toda la gama profesional que participa en la formación práctica, además de la parte empleadora. Para la entrevista, se contempla flexibilidad y principios de saturación teórica, cuando la información obtenida es reiterativa o sobrada acorde con los objetivos de investigación. (Valles, 2007: 53-87). Se contempla también la complementariedad de la entrevista para la posterior triangulación de resultados. Simultáneamente se contempló que la muestra se tratara de personas accesibles física y socialmente, dispuestas a informar voluntariamente y con deseos de comunicar su opinión, contemplando en cualquier caso, economía de tiempo y recursos (según orientación de Gorden, (1975), (citado por Valles, 2007). La entrevista se relaciona con las tres hipótesis del estudio (Anexo 2,4), y en particular con el objetivo tres, aparte de favorecer contrastes con el resto y documentar la propuesta formativa.

En cuanto a los *cuestionarios* se relacionan con actitudes. Igualmente para su elaboración se contempló de forma específica, documentación analizada del fenómeno a investigar, las hipótesis y objetivos del estudio. La información que proporcionan los cuestionarios es de forma anónima para una muestra grande en proporción a la entrevista, así como con distinta finalidad de objetivos cara a la información a obtener. Se realizan *tres modalidades de cuestionarios* autoadministrados. Se trata de cuestionarios adecuados para muestras grandes, que se vinculan con el alcance de la metodología cuantitativa y su integración posterior de resultados de preguntas abiertas. Sobre las preguntas cerradas, se realiza su ulterior clasificación de respuestas en un esquema estandarizado comparable entre todos los entrevistados. En el caso de preguntas abiertas de tipo cualitativo, se establece codificación y clasificación en un número determinado de categorías para hacer posibles las comparaciones y análisis cuantitativos.

Los datos numéricos de los resultados de los cuestionarios, junto con la información proporcionada por las entrevistas y la documentación analizada, permitirán la verificación de hipótesis y en su caso el alcance de objetivos. Acerca de este tipo de cuestionarios estandarizados, se han apuntado beneficios como cuestiones de economía de tiempo y costes y ventajas como facilitar la síntesis de un único resultado en la etapa de análisis de datos, realizar varias preguntas en una modalidad única de formulación, flexibilidad en responder por su cuenta la persona encuestada, garantía de anonimato, ausencia de distorsiones en presencia del entrevistador, entre otras. La pregunta cerrada ofrece también el mismo marco de referencia para todos los entrevistados, facilita el recuerdo, estimula el análisis y la reflexión y obliga a vencer la vaguedad y la ambigüedad. En cuanto a limitaciones de la pregunta cerrada se ha indicado que excluye las demás respuestas posibles, no previstas. Por otro lado, las respuestas cerradas condicionan a veces a contestar al azar y no tener el mismo significado para todos los encuestados. En conjunto su procesado, ofrece la totalidad de respuestas a la modalidad cuantitativa de la investigación.

Sobre la pregunta abierta, tiene la ventaja de ofrecer libertad de expresión, sin embargo con posterioridad hay que transcribir su respuesta y establecer, según se ha indicado, un número limitado de categorías para hacer posibles sus comparaciones, es decir que han de ser codificables y estandarizadas para poder procesarlas en la matriz de datos. (Corbetta, 2007). En suma, la literatura revisada sobre el tema, favorece el planteamiento de las hipótesis y objetivos y su consideración específica orienta la elaboración y adecuación de instrumentos, acorde con los propósitos de cada hipótesis y su concreción en los objetivos, que en su conjunto y mediante el contraste de sus resultados y verificación, han de facilitar la respuesta a la pregunta de investigación.

Cuestionario: La comunicación entre un conjunto de habilidades (exploración inicial)

Se trata de un cuestionario que consta de 20 ítems, más una opción abierta para sugerencias (*Anota otros aspectos que tu consideres*) y otra para indicar la posible interrupción de las prácticas. Consiste en una relación de afirmaciones sobre habilidades enfermeras comunes en esta formación, que constituyen una escala de Likert con respuesta a la pregunta *¿Qué te preocupa más antes de ir a prácticas?* Y tras las prácticas *¿Qué te ha preocupado más durante las prácticas?* La finalidad es responder al grado de preocupación que generan las habilidades referidas en cada ítem. El grado de preocupación se expresa del 0 al 10, donde 0 significa "no me preocupa nada" y 10 "me preocupa mucho". Este cuestionario se pasa a toda la muestra (n=318) después de ir a prácticas, sin embargo, es el único instrumento que se pasa también antes de ir a las prácticas en un subgrupo (n=58), del total de la muestra, para obtener este contraste.

La *finalidad* principal de esta exploración pretende conocer en qué lugar situaban los estudiantes a *la comunicación entre un conjunto de habilidades*, así como en qué medida les preocupaba la comunicación con el paciente y su familia, en especial, en el caso de la muerte de un paciente, todo ello, entre un conjunto diverso de habilidades propias de la profesión, según se ha indicado. El *procedimiento* para la confección del cuestionario, partió de la recopilación de enunciados sobre habilidades de enfermería planteadas en estudios de la literatura común de la profesión. Para ello, se realizó una búsqueda en publicaciones periódicas de enfermería, y en

artículos que tratasen problemas relacionados con las prácticas de los estudiantes. Dicha búsqueda alcanzó todos los artículos existentes en la base de datos Cuidatge de referencias de enfermería, de la Universidad Rovira i Virgili. Las palabras clave empleadas fueron: Enfermería-prácticas-estudiantes-alumnos. Se localizaron un total de 30 artículos comprendidos entre los años 1985 y 2002, de los cuales se seleccionaron 16 por afinidad temática. Una vez confeccionado el cuestionario se dio a revisar a dos profesionales docentes de enfermería, en calidad de expertas y se recogieron sus aportaciones y sugerencias. Posteriormente se pasó el cuestionario a 10 estudiantes para conocer su potencial comprensión por parte de estos. Al no plantear dificultades, se dio el cuestionario por definitivo. Dicho cuestionario fue *distribuido y autoadministrado* en el mes de diciembre del curso académico 2002-2003, a los estudiantes de enfermería que cursaban la asignatura de Enfermería Psicosocial y de Salud Mental en el período septiembre-diciembre del año 2002, en los turnos de mañana y tarde del 2º semestre curricular. Los referidos estudiantes, no habían realizado nunca prácticas durante la carrera y parte de ellos, tenían que realizarlas por primera vez en el periodo primavera del siguiente año (*Practicum Introductorio*). Finalmente de estos cuestionarios, solo se seleccionaron para este estudio aquellos que permitieron su contraste tras las prácticas (n=58) y el resto formaron parte de la muestra general de estudiantes (la información se obtuvo tras las practicas). La segunda distribución de este cuestionario (tras las prácticas), busca conocer si las preocupaciones iniciales (antes de ir a practicas) variaban después de las practicas. Esta exploración era importante, porque sus resultados podían condicionar la estrategia definitiva a adoptar en esta investigación fuera en cualquier dirección posible, o bien podrían orientar una información de partida para desarrollo posterior del estudio. En su caso, esta información inicial, permitiría encauzar un segundo nivel de búsqueda de información mas especifica en relación con el tema de estudio. Se decide distribuir el cuestionario a todos los estudiantes de todos los cursos y todas las modalidades de prácticas (*Practicum: Introductorio, Hospitalario, Comunitario y Cuidados Especiales*) del periodo primavera. El total de plazas prácticas ofertadas en dicho periodo fue de 438. Respondieron al cuestionario administrado: 318 estudiantes (72,60%). El cuestionario La comunicación entre un conjunto de habilidades (exploración inicial), se relaciona con la primera hipótesis del estudio y con el objetivo uno, información que se complementa con los resultados de la entrevista (Anexo 1,4).

Cuestionario: Retos comunicativos en el curso de aprendizaje.

Se trata de otra forma de indagar acerca de la *percepción de elementos comunicativos por parte del estudiante durante las prácticas*. Se establece en un formato *checklist* a registrar de forma libre por el estudiante, bajo la indicación de "*Anota cosas buenas y cosas malas sucedidas durante las prácticas*" y puntuarlas según su percepción y prioridad de 0 a 10 (donde 0 suponía las peores y 10 las mejores). La *checklist* es una modalidad de herramienta sencilla que entre otros aspectos, ayuda a definir problemas y organizar las ideas (Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000). Orienta en el estudiante un balance de prácticas de forma fácil, y para este estudio, observar, desde otro ángulo, donde ubica el alumno las habilidades de comunicación durante sus prácticas asistenciales. El cuestionario Retos comunicativos en el curso de aprendizaje, se relaciona con la segunda hipótesis del estudio, información que se complementa con los resultados de la entrevista, análisis documental (Anexo 1,4) y objetivo tres.

Cuestionario: Percepción de "elementos comunicativos" en la formación.

El objetivo de este cuestionario es la percepción sobre dificultades relacionales del estudiante en diferentes situaciones de atención al paciente y familia en su condición de estudiante. También incluye otras situaciones relacionadas con formadores en las prácticas. Se trata de situaciones como las siguientes: a) con los pacientes y sus familiares, b) con el equipo de

enfermería, c) con personas determinadas del equipo, d) con el tutor o tutora de prácticas, e) en otras situaciones u otras dificultades relacionales. En el caso del paciente y de su familia, las preguntas abarcan desde un ámbito más general (por ej. ¿Cómo de te has relacionado en general...?) a otro más específico y de mayor gravedad (¿y con el paciente grave y su familia...?). Posteriormente, para cada situación, se pregunta sobre qué aspectos hubieran podido evitar o mejorar esa situación según la percepción del alumno. El cuestionario se formula en la modalidad escala de Likert, con preguntas cerradas, con cinco posibilidades de respuesta (*nada, un poco, bastante, mucho, muchísimo*). En cada pregunta se ha dado la posibilidad de responder una modalidad abierta (Anexo 1). El cuestionario "Percepción de elementos comunicativos" en la formación, se relaciona con la tercera hipótesis del estudio, información que se complementa con los resultados de la entrevista y análisis documental (Anexo 1, 4) y objetivo dos.

5.3. Búsqueda bibliográfica y documental

La documentación de este estudio se ha obtenido por varios procedimientos, búsquedas sistemáticas en bases de datos, suscripciones a sumarios electrónicos de publicaciones periódicas, inscripciones a alertas digitales de ediciones de revistas, inscripciones a foros de organismos nacionales e internacionales y búsquedas bibliográficas en revistas especializadas. En cuanto a las búsquedas sistemáticas, desde 2006 se han realizado un total de siete búsquedas sistemáticas que se presentan en la Tabla 5.10, obteniendo 1094 referencias de estudios, mayoritariamente a través de resúmenes. Para el mayor rigor de búsqueda, se han encargado al CRAI de la Universidad de Barcelona, biblioteca de Ciencias de la Salud del Campus de Bellvitge. En 2006 se obtuvieron únicamente 26 referencias, por lo que la siguiente búsqueda sistemática fue en 2010, abarcando el periodo de 10 años. Desde 2010, se han solicitado con una periodicidad anual aproximadamente, con criterios de inclusión de temas afines al estudio y criterios de exclusión de estudios no científicos. Idiomas de preferencia, español e inglés (como excepción: francés y alemán) y palabras clave: Enfermería, Educación, Formación, Prácticas, Competencias, Espacio Europeo de Educación Superior, Comunicación, Programa, Entrenamiento, Habilidades comunicativas, Competencia comunicativa, Evaluación, Rúbrica, Prosocialidad, Calidad, Excelencia. Nursing, Education, Training, Practices, Competences, European Higher Education Area, Communication Program, Training, Communication skills, Communicative competence, Evaluation, Rubrics, Prosociality, Quality, Excellence.

En una primera etapa, a partir de los resúmenes se seleccionaron un total de 97 estudios de los que se buscaron los más afines a este trabajo. La selección más numerosa (91 estudios) se transcribió, de la que se adjuntan Tablas en el Anexo 3. Se comprobó que era documentación interesante a nivel ilustrativo (estudios sobre comunicación asistencial en enfermería, principalmente en situaciones y patologías diversas), sin embargo no proporcionaba el tipo de documentación requerido (ámbito formativo) para las distintas etapas del estudio. Así, se continuó con este procedimiento de búsqueda sin alcanzar los efectos deseados. En consecuencia, se opta por intensificar otras formas de obtención de información. Con el tiempo se ha conocido que con antecedentes diversos, es a partir del cambio de siglo XX a XXI cuando proliferan con mayor frecuencia los estudios sobre comunicación asistencial. En la fase de final de la tesis, se hubiera podido emplear, en parte, documentación obtenida en etapas previas de las bases de datos. Sin embargo, algunos estudios ya tienen unos años y se ha preferido

Tabla: 5.9

Entrevista: bloques de preguntas por ámbitos y objetivos de cada ámbito	
BLOQUES DE PREGUNTAS	OBJETIVOS
1. Ámbito propio	Conocer la importancia que se le adjudica a la comunicación a nivel privado y la percepción que se tiene de como uno/a se comunica y relaciona.
2. Ámbito asistencial general	Contextualizar si se ha frecuentado o estado en el sistema sanitario como paciente. Conocer la percepción que se tiene del trato recibido, así como la conciencia crítica que ha podido despertar la situación.
3. Ámbito asistencial practicas (enfermo y familia)	Comprender la percepción que se tiene de la relación con el paciente y familia en el ámbito de las prácticas. Analizar las expresiones de dificultad de los estudiantes en su caso y considerar la opinión de los profesionales al respecto.
4. Ámbito asistencial practicas (enfermera, equipo y tutora)	Averiguar la percepción que se tiene de la relación con la enfermera, equipo y tutor/a en el ámbito de las prácticas. Analizar las expresiones de dificultad de los estudiantes, en su caso, y considerar la opinión de los profesionales al respecto.
5. Ámbito formativo	Analizar las aportaciones al respecto, especialmente las que señalen déficits formativos.
6. Sugerencias	Considerar e integrar en el estudio, aportaciones y sugerencias de mejora
NOTA:	Las 21 entrevistas se realizaron con el mismo patrón o texto de preguntas, si bien se adaptaron al rol de estudiante o profesional de cada entrevistado. Otra salvedad es que en las preguntas de ámbito propio, en los profesionales se profundizó menos, puesto que estas personas no están en nuestro Centro formándose y se evito violar su intimidad.

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.10

Búsquedas bibliográficas

Fecha	Periodo que abarca	Bases de datos incluidas	Obtenido		Selección
2006, julio	todo	Web of Science	26	26	6
2010, abril	1999-2010	MEDLINE-PUBMED	126	152	25
		CINAHL	75	227	24
		CUIDEN	157	384	
2011, mayo	2010-11	MEDLINE-PUBMED	14	398	
		CINAHL	48	446	36
		CUIDEN	6	452	6
					97
2013, abril	2011-13	MEDLINE	50	502	
		PUBMED	15	517	
		CINAHL	86	603	
		CUIDEN	2	605	
		ERIC	37	642	
		PsycINFO	83	725	
2014, febrero	2011-13	MEDLINE	7	732	
		PUBMED	-		
		CINAHL	65	697	
		CUIDEN	8	805	
		PsycLIT	28	833	
2014	2014	MEDLINE	6	839	
		PUBMED	-		
		CINAHL	31	870	
		CUIDEN	2	872	
		PsycINFO	34	904	
		PsycNET	84	988	
2015Abril	2014-2015	MEDLINE	7	995	
		PUBMED	-		
		CINAHL	63	1058	
		CUIDEN	8	1066	
		PsycINFO	28	1094	

Fuente: elaboración propia

optar por estudios de revisión más actuales, centrados en temas o subtemas del estudio, para aportar la máxima información y vigencia al trabajo. Solo en las tablas donde se incluyen evidencias, se aporta información procedente de 526 estudios analizados, teniendo en cuenta que algunos no cuantifican los artículos obtenidos en la revisión. En total se aporta información de 77 estudios seleccionados, sin incluir el resto de estudios contemplados en el conjunto de la tesis. Por otro lado se han solicitado al CRAI (Biblioteca de la Universidad de Barcelona) más de 800 fotocopias de artículos (revistas de Educación, Sociología, Psicología, Lingüística, principalmente).

Simultáneamente, se han mantenido suscripciones a sumarios electrónicos de revistas de enfermería, a la mayoría y en particular a *Nursing Research* y *Nurse Education Today*, Especialmente, se ha ido haciendo un seguimiento periódico a través de los sumarios y obtención de artículos de revistas especializadas. Es el caso, por ejemplo de *Communication Theory*, *Communication Monographs*, *Communication Research*, *Communication Quarterly*. También se ha hecho seguimiento monográfico de determinados autores por ej. Craig, Burleson, Rubin B. Rebecca, Canary, Morreale, Berger, CH. etc., entre otros. En España se ha recibido información periódica del portal *Neurologia.com*, por su vinculación con la neuropsicología o especificidades del lenguaje y se ha hecho seguimiento de la *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* y ocasionalmente *Sociology of Health and Medicine*. Igualmente se ha mantenido suscripción con *American Nursing Association (ANA)* y con el foro de *The American Communication Association*. También se ha accedido a *American Academy on Communication in Health Care* conectada con la correspondiente Europea, *European Association for Communication in Healthcare*. A través de *National Communication Association* se ha podido obtener información sobre cursos, actividades formativas y publicaciones, entre otras. En síntesis, esta información, laboriosidad y amplitud documental proviene de la dificultad en estos años de obtener material específico del tema de esta tesis en nuestro medio. En conjunto se cifran en 2000 las citas revisadas, en su caso seleccionadas y estudiadas.

5.4. Estrategia de tratamiento y análisis de la información

La dimensión colectiva de los datos recogidos requiere clasificación y con ello poner de relieve las uniformidades, semejanzas y diferencias de los fenómenos observados y su presentación en tablas (Sierra Bravo 1990:365-370). En este estudio, el tratamiento de la información obtenida ha sido específico para la modalidad cuantitativa (cuestionarios) y para la cualitativa (entrevistas) respectivamente, aunque el hecho de que en los cuestionarios hubieran preguntas abiertas, ha requerido un tratamiento mixto. Todo ello, en consonancia con lo que apuntan Gerrish, Lacey, (2008:363-391) y Corbetta (2007: 376-390).

Cuestionarios: Tratamiento estadístico, análisis de contenido y codificación.

En el caso de los *cuestionarios*, los datos se han almacenado y procesado con la ayuda de un paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se han convertido en matriz de datos y hojas de codificación. En dicha codificación, se ha aplicado la convención de emplear el número 9 como código de los datos que faltaban. En las preguntas abiertas se ha procedido al análisis de contenido y codificación. Para un análisis descriptivo, en el resumen estadístico se han obtenido la moda, la media, la mediana y la desviación estándar, empleando especialmente la media y desviación estándar para la elaboración de tablas y gráficos y su posterior interpretación. Toda esta información se presenta en el apartado de resultados de este estudio.

Variables

En cuanto a las variables, se establecerían en torno a la comunicación y a las dificultades relacionales que supuestamente experimentan los estudiantes de enfermería durante la socialización. Sin embargo el presente estudio toma en consideración el siguiente fragmento del Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas¹ donde apunta la complejidad de establecer cierta estabilidad teórica y práctica al lenguaje y en consecuencia se interpreta que a la comunicación:

"Nunca se ha elaborado una descripción completa y exhaustiva de ninguna lengua como sistema formal para la expresión de significados. Los sistemas lingüísticos son enormemente complejos... y la lengua de una sociedad nunca llega a ser dominada por ninguno de sus usuarios, ni puede ser así, pues cada lengua sufre una evolución continua como respuesta al uso de las exigencias de la comunicación" (Pág. 106). En consecuencia, se ha optado por asumir dicho planteamiento y seleccionar la propuesta de Bretones (2008, 2009) en torno a las aportaciones psicosociales para la comunicación desde la perspectiva de la Sociología de la Comunicación, que ha parecido pertinente para el contexto de realización de este estudio. Esta aportación se incluye en el marco teórico de la tesis, como también se incluye en dicho marco teórico el caso del desarrollo y contexto de la competencia comunicativa.

Entrevistas: Vaciado de contenido y creación de unidades de significado y análisis

En cuanto a las *entrevistas*, se realizaron de forma personal y directa, obteniendo en todos los casos el consentimiento para la participación voluntaria, así como la autorización de los entrevistados para su grabación. La duración aproximada de cada entrevista fue de 45-60 minutos. Posteriormente se realizó la transcripción literal de toda la entrevista, habiendo ofrecido a los informantes su lectura y comprobación, que en ningún caso desearon realizar, manifestando su confianza en el procedimiento y en la entrevistadora. Se contempló el criterio de saturación apuntado por Creswell (1968:56), (citado por Jorge Soneira, 2006:156), en el sentido de que 20 o 30 entrevistas son suficientes para cumplir con el criterio de saturación de categorías (Jorge Soneira, 2006:156), por eso n=21 pareció una muestra suficiente.

Para comparar la información obtenida en base al conjunto de datos sobre una misma idea (relacionada con las hipótesis de este estudio), se procedió a juntar el texto por preguntas, en función del status del entrevistado o entrevistada y más adelante a su comparación. Para ello, se clasificaron fragmentos del texto, o *teoría sustantiva* (relacionada con el área empírica de la investigación, como puede ser la comunicación con los pacientes) según las preguntas realizadas; se trata del proceso de codificación, según Jorge Soneira, (2006:158). Esta modalidad, puede ser compatible con la *codificación abierta* que propone este autor, donde se encuentran propiedades que permiten "dimensionalizar o mostrar posibilidades extremas de la propiedad dentro de un *continuum*" (Jorge Soneira, 2006:161). No obstante en el conjunto del estudio se da el caso de una categoría central sobre el fenómeno de estudio (comunicación con los pacientes y sus familias ante la gravedad) y la reunión de otras formas nuevas de información, además de la codificación abierta, ello sería según (Jorge Soneira, 2006:161) una modalidad de codificación axial.

En conjunto, la presentación del texto seleccionado en tablas y su interpretación por grupos de preguntas y grupos de informantes según su status, permitió establecer las distintas *unidades de significado*, y finalmente su contraste e interpretación global. Todo ello permitió llegar al criterio de saturación, de forma que la información adicional ya no aportaba nada nuevo sobre la información obtenida. Finalmente se aportan los resultados acompañados de fragmentos de texto que puedan ilustrar las interpretaciones atribuidas y sus significados.

¹ Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2002). Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación. Madrid. Consultado 18 septiembre 2015: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco/cvc_mer.pdf

Identificación de las fuentes de información

Cabe contemplar que todos los cuestionarios (con la excepción de la exploración inicial de n=58 que fue una hoja independiente) se presentaron unidos en forma de díptico o cuadernillo. En cuanto a su *identificación* se estableció como sigue:

Cuestionarios. Su cumplimentación requería el registro escrito y formalización de algunos datos de identificación, como servicio y unidad de prácticas, así como el turno del estudiante. Posteriormente, tras la recepción de respuestas, se les atribuyó una numeración correlativa por centros, servicios de prácticas y turno de mañana o tarde. A los primeros cuestionarios o exploratorios iniciales, se les atribuyó simplemente un número ordinal.

Entrevistas. Tras la transcripción de las entrevistas y preparadas para su clasificación y fragmentación de texto, se requirió una clave específica de reconocimiento de los entrevistados, que evitara su identificación pública y permitiera otorgar a cualquier fragmento de texto su vinculación con su fuente original. Así, a cada entrevistado se le atribuyó un número, que se mantuvo a lo largo de todo el procesado de la información y análisis, añadiéndole además las siglas de su estatus, y su vinculación a este estudio (como estudiante y lugar de prácticas; como profesional y lugar de trabajo). Por ej. 1EIVILAD (se referiría al estudiante 1 -este número es de orden y arbitrario en todos los casos- del practicum Introdutorio que realiza sus prácticas en el Hospital de Viladencans y esto se correspondería con las siglas AGM (datos personales del estudiante). En el caso de estudiantes con dificultad relacional se siguió el mismo criterio, añadiendo DR tras la E e estudiante, por ej. 9EDRHBELL (Tabla 5.11).

Triangulación

El abordaje de la combinación de ópticas y técnicas mixtas cualitativas y cuantitativas, es reconocido en la actualidad como una forma para lograr un conocimiento más completo del fenómeno de estudio y da lugar a la triangulación (Berganza y Ruiz, 2005: 32-33). Entre las diversas posibilidades de triangulación, este estudio ha optado por la triangulación de *métodos* (cualitativo y cuantitativo) y a la vez, triangulación de *instrumentos* (entrevistas y tres modalidades de cuestionarios), todo ello con el aval y contraste documental, lo cual da lugar a la triangulación de *información* en general y en particular, según se mostrara a propósito de la integración de resultados al final del estudio. (Anexo 4).

Tabla: 5.11

Entrevista: Identificación de códigos de informantes		
1	EIVILAD	AGM
2	EIVILAD	AML
3	EBELL	DSA
4	EHDIR	MAT
5	ECEMATER	GVG
6	ECEBELL	JCPC
7	EHCLINIC	LJM
8	EBELL	LGS
9	EBELL	MAP
10	POSTCLINIC	MDCR
11	POSTOSONA	SMG
12	EMPLEVILAD	MR
13	SUPERCLINIC	DE
14	ENFDIR	AR
15	ENFESANT	YL
16	COORDI	TVA
17	COORDH	RBB
18	COORDH	VSC
19	COORDC	APS
29	COORDCE	HVLL
21	COORDCE	BS

Elaboración propia.

VI
RESULTADOS

6. Resultados: comunicación durante la socialización de estudiantes

En la presente investigación se analiza la comunicación durante la socialización de estudiantes de Enfermería desde distintos ángulos. Se aportan inicialmente los resultados del estudio exploratorio (n=58, diciembre 2002-primavera 2003). Se administra el cuestionario antes y después de prácticas, a estudiantes que nunca han ido a prácticas. Busca conocer la preocupación del estudiante en relación con la comunicación, entre un conjunto de 20 afirmaciones relacionadas con el trabajo de la enfermera y las prácticas asistenciales (por ej. no saber realizar bien algunas técnicas; equivocarme en dar la medicación; terminar la carrera y poder independizarme; que me encuentre sin saber que decir a la familia del paciente si este muere; que pueda ver mucha sangre y heridas graves; no saber explicarme bien con el paciente o con su familia; encontrar trabajo cuando termine; que me de cuenta de que me he equivocado de profesión; que un paciente se agrave y pueda morir, etc.). En especial se pretende conocer la preocupación del estudiante en relación con tres situaciones de comunicación incluidas: a) Que un paciente se agrave y pueda morir; b) No saber que decir a la familia del paciente si este muere; c) No saber explicarme bien con el paciente y su familia. La pregunta fue: "Antes de ir a practicas ¿Qué te preocupa más?". Después de las prácticas "En las practicas que has realizado ¿Qué te ha preocupado más?". El estudiante tiene que atribuir una puntuación del 1 al 10 (escala de Likert, 1 es nada, 10 es mucho).

6.1. Comunicación entre un conjunto de habilidades (n= 58)

En relación con el estudio exploratorio mediante un test de Wilcoxon se comparan los resultados obtenidos antes y después de prácticas del cuestionario Comunicación entre un conjunto de habilidades, disponible para 58 estudiantes. Se ha obtenido un cambio estadísticamente significativo (p -valor $<0,05$) en los siguientes ítems: ítem 1, ítem 2, ítem 10, ítem 11, ítem 15, ítem 17 e ítem 20. En la mayoría de casos se presenta una reducción de la preocupación en los resultados tras las prácticas, que se presenta a través de la media y desviación estándar (Tabla 6.1.).

En cuanto a la preocupación del alumnado en relación con el lugar de los ítems de comunicación entre el conjunto de afirmaciones planteadas, No saber qué decir a la familia de un paciente si este muere presenta las medias (6,33-5,79) y aparece en el 5º lugar antes de ir a prácticas y desciende al 6º después de las primeras practicas. En el lugar 10º aparece No saber explicarme bien con el paciente o con su familia (5,48-4,69) y en el lugar 11º Que un paciente agrave y pueda morir (5,43-4,17). La posición de estos ítems dentro de la totalidad del cuestionario, coincide aproximadamente con la importancia que se atribuye a la comunicación en la encuesta realizada con motivo de estudiar las competencias enfermeras para el Libro Blanco de la propuesta del Grado en Enfermería. (ANECA 2004)¹³³. En dicho estudio, se sitúan aproximadamente hacia la mitad del cuestionario (lugar 14 y 18 de 30 en total), en cambio en el proyecto Tuning¹³⁴, que anterior al caso español pasó la misma encuesta para Europa, la comunicación se encuentra mejor posicionada, ocupa el lugar 10 de 40 ítems. Los seis primeros puestos de otros ítems antes y después de las prácticas, se expresan en media aritmética y son los siguientes:

1. Equivocarme al dar la medicación (7,52-6,40)
2. Encontrar trabajo al terminar los estudios (7,19-6,22)
3. Encontrarse con unas enfermeras que no ayuden (6,86-6,02)
4. No saber realizar bien alguna técnica o encontrarme falto de conocimientos (6,44-6,22)
5. No saber que decir a la familia de un paciente si este muere (6,33-5,79)
6. Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender (5,95-6,07).

¹³³ Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2004). Proyecto de la titulación de Enfermería (Libro Blanco). 2ª convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de grado. Madrid: ANECA. Disponible en Internet en: <http://www.aneca.es>

¹³⁴ Jonzalez, J. Wagenaar, R. (2006). Tuning Educational Structures in Europe II. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Sobre el primer lugar para el ítem Equivocarme al dar la medicación (7,52-6,40), coincide también con el aludido estudio ANECA, 2004 realizado en España para el libro Blanco del Grado en Enfermería y difiere ligeramente del realizado en Europa a propósito del EEES. En el estudio español, el ítem expresado como Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias, queda también en primer lugar entre una relación competencial compuesta por 30 ítems. En cambio, en el estudio Tuning de Enfermería, expresado en estos mismos términos, esta capacidad queda en el lugar 11 de un total de 40. Una posible interpretación, es si en el caso español y en el cuestionario del presente estudio, la importancia prioritaria adjudicada a la administración de medicación supone un peso de la preeminencia técnica y biomédica sobre lo humanístico, fruto de los antiguos estudios de ATS, aspecto que se ha apuntado reiteradamente en estos pasados años. Otra posibilidad, es que a las encuestadas les falte seguridad para el ejercicio de esta capacidad, cuestión razonable en unas primeras prácticas y un segundo curso de carrera.

Se destaca también que en el caso del ítem Que un paciente agrave y pueda morir (5,43-4,17) ocupa el lugar 11 de nuestro cuestionario, desciende ligeramente tras el primer período de prácticas (sobre este ítem no se encuentra correspondencia precisa en los estudios referenciados). Una posible interpretación, podría ser que una cierta familiarización asistencial, le permita creer al alumno que se trata de una situación más o menos manejable desde la perspectiva del cuidado, aunque también podría interpretarse, que la imitación del comportamiento de algunas profesionales, deje entrever que la comunicación con estos pacientes no es una prioridad. De los seis ítems expuestos, el único que sube unas décimas tras las prácticas es el del 6º lugar Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender (5,95-6,07). Sobre dicho ascenso, puede interpretarse que al ser este el primer practicum (Introdutorio), al que asiste el estudiante, pueda tener la percepción de que le queda mucho por aprender.

En cuanto a los ítems que han supuesto menos preocupación son los dos que figuran en el final de la lista. En el lugar 19, Perder los nervios y contestar mal a cualquiera (2,98-2 40) y en el lugar 20, Que pueda ver mucha sangre y heridas graves (2,21-1,29). Ambos casos hacen pensar en la marcada predisposición de los estudiantes de la muestra para incorporarse a la profesión. Este aspecto puede quedar reconfirmado con que el ítem referido a la Posibilidad de equivocarme de profesión (4,14-2,66), aparece en el lugar 15 del cuestionario y además desciende tras las prácticas. Por otro lado, teniendo en cuenta la menor preocupación tras las prácticas en la mayoría de ítems, los que descienden más (con diferencia superior a un punto) son Posibilidad de equivocarme de profesión (4,14-2,66) y Que un paciente agrave y pueda morir (5,43-4,17). Desciende menos de un punto Encontrar trabajo al terminar los estudios (7,19-6,22).

Comunicación entre un conjunto de habilidades (n= 318)

Se trata del mismo cuestionario referido en el apartado anterior, administrado a la totalidad de la muestra *solo* después de prácticas. En esta muestra estaban integrados los estudiantes (n=58) de la submuestra anterior, solo para la modalidad postprácticas. Los resultados de ambos casos se aportan en la misma Tabla 6.2, para facilitar su comparación. En general se observa la tendencia a la disminución de preocupación para el conjunto de afirmaciones propuesta, aunque desciende más que en el caso de la submuestra anterior. Igualmente, los seis primeros ítems de la franja superior vuelven a ser los mismos que anteriormente con algún cambio de orden entre ellos. Se trata de los siguientes:

1. Encontrar trabajo al terminar los estudios (7,19-6,22) (6,95)
2. No saber realizar bien alguna técnica o encontrarme con falta de conocimientos (6,44-6,22) (6,16)
3. Encontrarme con unas enfermeras que no me ayuden (6,86-6,02) (6,14)
4. Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender (5,95-6,07) (5,79)
5. Equivocarme al dar la medicación (7,52-6,40) (5,64)
6. No saber que decir a la familia de un paciente si este muere (6,33-5,79) (5,58)

Tabla 6.1

En el período de prácticas que has de realizar ¿Que te preocupa mas?
 En el período de prácticas que has terminado o estás finalizando, ¿Qué te ha preocupado más?
 (0= no me ha preocupado nada, 10=me ha preocupado mucho)

Comparación de medias de resultados pre-practicum postpracticum n = 58 y postpracticum n= 318							
ÍTEMS	PRE n=58		POST n=58		p-valor ¹	POST n=318	
	Media	Desv.T	Media	Desv.T		Media	Desv.T
1. Equivocarme al dar la medicación	7,52	2,13	6,40	2,64	0,008	5,64	2,84
2. Encontrar trabajo cuando termine	7,19	2,28	6,22	3,11	0,021	6,95	3,05
3. Encontrarme con unas enfermeras que no me ayuden	6,86	2,36	6,02	3,13	0,105	6,14	3,13
4. No saber realizar bien algunas técnicas o faltarme conocimientos	6,44	2,04	6,22	2,29	0,717	6,16	2,36
5. Que me encuentre sin saber que debo decir a la familia del paciente si este muere	6,33	2,40	5,79	2,75	0,084	5,58	3,02
6. Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender	5,95	2,27	6,07	2,13	0,992	5,79	2,70
7. Sentirme insegura/o ante el equipo por mi inexperiencia	5,84	2,41	5,43	2,84	0,283	4,97	2,71
8. Terminar la carrera y poder independizarme	5,72	3,12	5,83	2,94	0,505	4,48	3,32
9. Sentirme insegura/o ante la complejidad del hospital o servicio	5,67	1,92	5,45	2,60	0,825	4,91	2,79
10. No saber explicarme bien con el paciente o con su familia	5,48	2,05	4,69	2,10	0,012	5,03	2,38
11. Que un paciente se agrave y pueda morir	5,43	2,68	4,17	2,68	0,002	4,76	2,98
12. Que no haya una profesora más tiempo para resolver los conflictos con ella	4,90	2,21	4,40	2,33	0,220	3,38	2,55
13. No tener claro el limite de hasta donde llegar en la relación terapéutica	4,52	2,13	3,43	2,37	0,003	3,60	2,55
14. Que me den mucho trabajo o muchas cosas a la vez	4,17	2,44	3,58	2,56	0,092	3,03	2,45
15. Que me de cuenta de que me he equivocado de profesión	4,14	3,49	2,66	3,21	<0,001	1,60	2,55
16. Encontrarme sola/o, desanimarme y no atreverme a consultar	4,07	2,42	3,55	2,57	0,169	2,95	2,68
17. Que al ser la/el último en llegar me toque hacer lo que los otros quieren	3,81	2,68	2,67	2,51	0,007	2,53	2,63
18. Que los problemas que arrastro de antes me dificulten poder cuidar bien	3,02	2,18	2,83	2,70	0,445	2,71	2,80
20. Perder los nervios y contestar mal a cualquiera	2,98	2,60	2,40	2,37	0,094	2,05	2,35
20. Que pueda ver mucha sangre y heridas graves	2,21	2,46	1,29	1,98	0,001	1,05	1,71
21. Anota otros aspectos que tu consideres	-	-	-	-		-	-

¹: Test de Wilcoxon para comparar muestras pareadas (mediante el Test de Kolmogorov-Smirnov se comprobó que no se podía asumir normalidad en ninguna de las variables)

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.2

Estudio exploratorio Cuestionario: Comunicación entre un conjunto de habilidades Antes de ir a practicas por primera vez ¿Qué te preocupa más de las prácticas que vas a realizar? Después de haber ido ¿Qué te ha preocupado más en las prácticas que has realizado? Lo que mas preocupa						
No han ido nunca a prácticas: antes y después (n=58) 6 Primeros resultados.				Solo después de practicas (n=318) 6 Primeros resultados.		
1	Equivocarse al dar la medicación	7,52	6,40	1	Encontrar trabajo al terminar los estudios	6,95
2	Encontrar trabajo al terminar los estudios	7,19	6,22	2	No saber realizar bien algunas técnicas o encontrarse falto de conocimientos	6,16
3	Encontrarse con unas enfermeras que no ayuden	6,86	6,02	3	Encontrarse con unas enfermeras que no ayuden	6,14
4	No saber realizar bien algunas técnicas o encontrarse falto de conocimientos	6,44	6,22	4	Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender	5,79
5	No saber que decir a la familia de un paciente si este muere	6,33	5,79	5	Equivocarse al dar la medicación	5,64
6	Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender	5,95	6,07	6	No saber que decir a la familia de un paciente si este muere	5,58
Color Azul: Ítems comunicación, lugar 5 y 6						

Fuente: elaboración propia

En cuanto al ítem primero sobre comunicación Que me encuentre sin saber que decir a la familia del paciente si este muere desciende del quinto al sexto lugar (6,33-5,79) (5,58) y en el quinto lugar quedaría el que antes fue el primero Equivocarme al dar la medicación (7,52-6,40) (5,64). En cambio el segundo ítem referido a comunicación No saber explicarme bien con el paciente o su familia subiría tres puestos y pasaría del lugar 10º (5,48-4,69) al 7º (5,03), sube también un puesto el ítem Que un paciente se agrave y pueda morir (5,43-4,17) (4,76) que pasa del lugar 11º al 10º. En cuanto a los dos ítems de puntuación inferior, son ahora Que me de cuenta de que me he equivocado de profesión (4,14-3,49) (1,60) y Que pueda ver mucha sangre y heridas graves (2,21-1,29) (1,05) este último coincidente también con el último de la anterior submuestra. En ambos casos persiste la línea de mostrar convicción por la profesión escogida. En el estudio sociológico realizado en profesionales de enfermería en Barcelona, el nivel de satisfacción y de enfermeras que se reincorporarían a la profesión es del 80% (Rodríguez Díaz, C.Bosch, 2005: 33). Según AQU, 2014 la media de personas graduadas que volvería a escoger los mismos estudios en Cataluña es del 72% y entre los casos más elevados surge ciencias de la salud con una media del 84% (AQU, 2014:74).

El único ítem que asciende en esta muestra y presenta mayor puntuación, es ahora Encontrar trabajo cuando termine (7,19-6,22) (6,95) y en el análisis de la anterior muestra, ocupaba el segundo lugar. Preocupación en dar la medicación (7,52-6,40) (5,64) ocupaba el primer lugar y pasa ahora al 5º lugar. Pretender encontrar trabajo parece una preocupación lógica, consecuente al hecho de realizar una preparación profesional para estos fines. También esta en consonancia con la edad de los estudiantes (media sobre 23 años)¹³⁵ para ingresar, en general por primera vez, al mundo laboral y procurar su emancipación económica de los padres, según un estudio publicado por la Asociación de Directoras de Escuelas de Enfermería de Catalunya en el año 2009. Además dicha inquietud, puede estar reforzada porque conocen que en enfermería, si bien no es muy difícil encontrar trabajo, los contratos son precarios (corretornos, fin de semana, por días o de un solo día, etc.). Además, se ha producido un descenso de ocupación por la crisis económica (en torno al 9,31 % para diplomados sanitarios del sistema público entre 2011-14 según AQU, 2014:27) ante una ocupación que giraba en torno al 85 % en la década anterior, según estudio realizado por la UB (2002), datos de los que se da cuenta en pie de página¹³⁶ (gráfico 6.1, 6.2).

¹³⁵ La fuente indica 22,9 de media de edad de los estudiantes de enfermería en Cataluña. Asociación de Directoras de Escuelas de Enfermería de Cataluña, ADEIC (Antonín M, Ballester D, Esteve J, Aguilera A, Pérez I, Ortega O, Tarruella M, Peya M, Guitard-Sein-Echaluze MI, Ricomà R, Teixidor M, Ubierno I, Valls M, Zabalegui A, (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 32 (7-8), 36-44.

¹³⁶ AGENCIA PER LA QUALITAT DEL SISTEMA UNIVERSITARI A CATALUNYA (AQU) (2014). Universitat i Treball a Catalunya. Sitúa la inserción laboral de las profesiones de Ciencias de Salud en Cataluña con la tasa de ocupación más elevada (88%), aunque no sería a tiempo completo, donde ocuparía el cuarto lugar (62,69% de ocupación) en relación con otras titulaciones universitarias (Pág. 22-23). Para los Diplomados sanitarios (Fisioteràpia, Diplomatura en Infermeria, Diplomatura en Logopèdia, Nutrició Humana i Dietètica Diplomatura en Òptica i Optometria, Podologia, Teràpia Ocupacional) (Pág. 109) atribuye: entre 2011-2014 un descenso de ocupación de 9,31% para el sistema público (11,06 % entre 2008-2014), ubicando la ocupación tres años después de terminar los estudios en 2014: Sector Público (30,65%) Privado (69,35%) y en 2011 Público (35%,31) Privado (64,69%), (Pág. 27). Consultado 8.9.15: http://www.aqu.cat/doc/doc_14857668_1.pdf

Universitat de Barcelona (2002) Como antecedentes a estos datos, en 2002 la UB publicó resultados de un estudio de seguimiento de inserción laboral de sus graduados en diferentes titulaciones. Para el caso de enfermería la población era de 218 graduados y la muestra estudiada fue de 147 (67,4%). De estos el 85% se encontraba en situación de "ocupado", en el paro 9% y el 6% no sabe no contesta. (Consulta: 8.9.2015: Verifica para el grado de Enfermería, 2009, Documento interno. Escuela de Enfermería. UB).

En general, en los análisis de ambas muestras, se observa que las puntuaciones no son extremadamente elevadas, dado que la puntuación máxima atribuida a todos los ítems es de 7,52, referida a la preocupación Equivocarme al dar la medicación de la primera muestra analizada (n=58) y para el momento previo antes de ir a prácticas (en el post desciende a 6,40 en este mismo ítem). Por otro lado, la puntuación en torno a 7 solo se atribuye a dos ítems (los referidos a la medicación y encontrar trabajo), el resto, todos son inferiores. En consecuencia, la preocupación por las habilidades comunicativas expuestas en este instrumento, puede interpretarse que presenta una preocupación media en las muestras de estudiantes analizadas. En los Gráficos 6.1 y 6.2 se puede observar la diferencia entre antes y después de ir a prácticas en el estudio exploratorio.

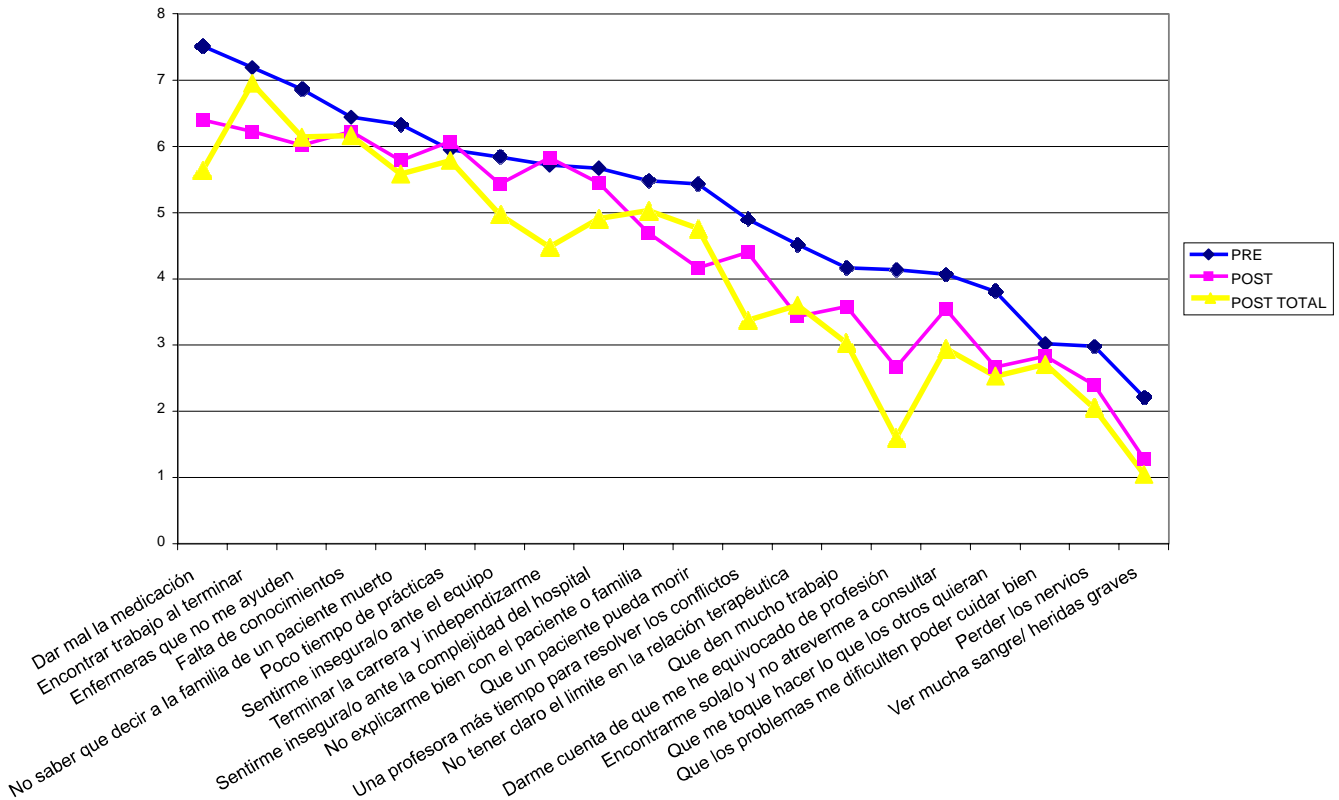
En *resumen*, en cuanto a la comunicación queda en un lugar medio-alto (5^o-6^o lugar), No saber que decir a la familia de un paciente si este muere y 7^o lugar, No explicarme bien con el paciente y su familia. En el lugar 10^o queda Que un paciente se agrave y pueda morir. En consecuencia, de los tres ítems de comunicación propuestos el que más preocupa es el relacionado con la familia y la gravedad del paciente, el que menos, que muera un paciente. Durante las primeras prácticas lo que más preocupa al estudiante es acertar en la administración de medicación. En niveles más avanzados de prácticas, lo que más preocupa es encontrar trabajo al terminar los estudios.

6.2. Retos comunicativos en el curso de la enseñanza-aprendizaje (n= 318)

Estos resultados se refieren a un cuestionario autoadministrado, compuesto de tres apartados, con pregunta en respuesta abierta sobre aspectos que han pasado en las prácticas en cuanto a: (A) "Cosas favorables", (B) "Cosas desfavorables" y (C) "Que harías para mejorar/evitar esas cosas desfavorables". En el mismo, se pidió que se atribuyera una puntuación priorizando cada respuesta de 1-10 (donde 1 es "algo favorable" y 10 es "muy favorable" y lo mismo en el caso de "desfavorable" o "muy desfavorable"). Sin embargo, como en la mayoría de casos estas respuestas no se numeraron, se prescindió de esta modalidad atributiva. En cuanto a la forma de procesar esta información, en un momento inicial, se obtuvo dicha información en forma de codificaciones a partir del programa informático SPSS, como en el caso del resto de información procedente de los cuestionarios. Posteriormente, se optó por el análisis manual tradicional, según expresa Chernobilsky (2006: 247), como forma contrapuesta al empleo de programas informáticos para estos fines. Según apunta la misma autora, los criterios de interpretación están profundamente ligados a la pregunta de investigación Chernobilsky (2006: 252) y en este caso, al apartado en el que se da la respuesta, requiriendo comparación constante, e intentando la mayor afinidad posible o ajuste a la terminología empleada en las respuestas. A partir de aquí, se realizó una lista jerarquizada de categorías y subcategorías, donde se integraron las respuestas, para buscar finalmente su fusión que dio lugar a las ocho categorías que se indican posteriormente. Esta categorización requirió tres procesos de recodificación, habiendo sido revisada por profesoras de enfermería afines a la materia de estudio, en la condición de expertas. Finalmente, se apunta que este proceso de categorización en el presente trabajo tiene el sentido de buscar condiciones causales, según posibilidad planteada por Jorge Soneira (2006:153) como fórmula para obtener información que pueda influenciar en el fenómeno de análisis. Las ocho categorías surgidas de este proceso, así como el tipo de información que incluyen, pueden verse en la Tabla 6.3 junto a los resultados más destacables para cada apartado que son los siguientes:

A) "Cosas favorables que han sucedido durante las prácticas". De las tres modalidades planteadas en este cuestionario, esta es la que ha alcanzado mayor número de respuestas. En cifras absolutas se ha obtenido una variedad de 964 respuestas (303 %) que se han clasificado en la Tabla 6.4 y se presenta su representación en la Figura 6.1.

Gráfico 6.1.- Estudio exploratorio: En el período de prácticas que has terminado o estás finalizando, ¿Qué te ha preocupado más? (0= no me ha preocupado nada, 10=me ha preocupado mucho)



Fuente: elaboración propia

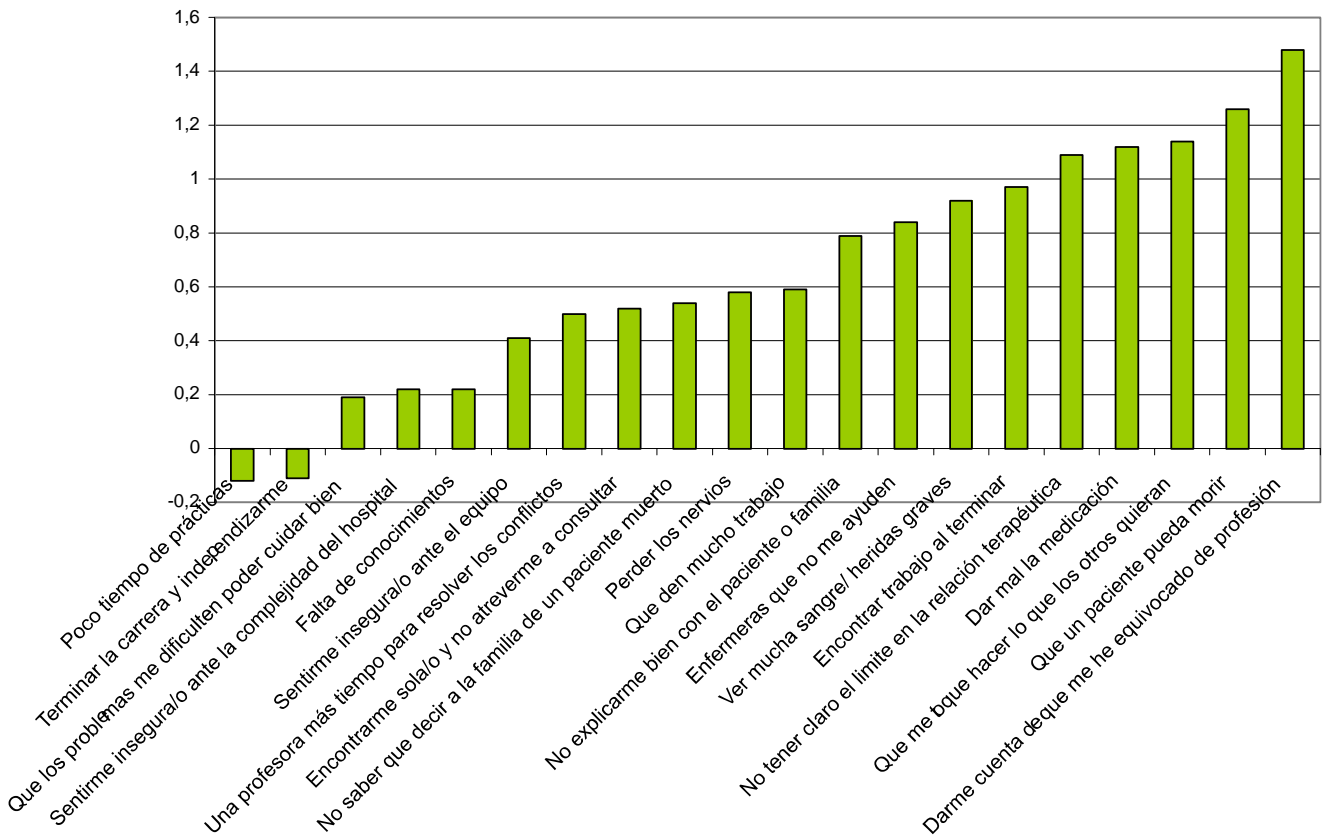


Gráfico 6.2.- Estudio exploratorio. Diferencia entre antes y después de prácticas.

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.3

<p>Cuestionario Retos comunicativos en el curso de aprendizaje</p> <p style="text-align: center;">Categorías</p>
<p>Indica:</p> <p>1) Aspectos favorables de las practicas 2) Aspectos desfavorables de las practicas</p> <p>¿Qué harías para evitar esas cosas desfavorables?</p>
<p>Aspectos favorables Aspectos desfavorables</p>
<p>1. CONOCIMIENTO/APRENDIZAJE 2. HABILIDADES 3. HABILIDADES RELACIONALES 4. HABILIDADES RELACIONADAS CON EL DOLOR LA GRAVEDAD Y LA MUERTE 5. PRACTICUM 6. CRECIMIENTO PERSONAL 7. IDENTIDAD PROFESIONAL 8. ADAPTACION</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.4

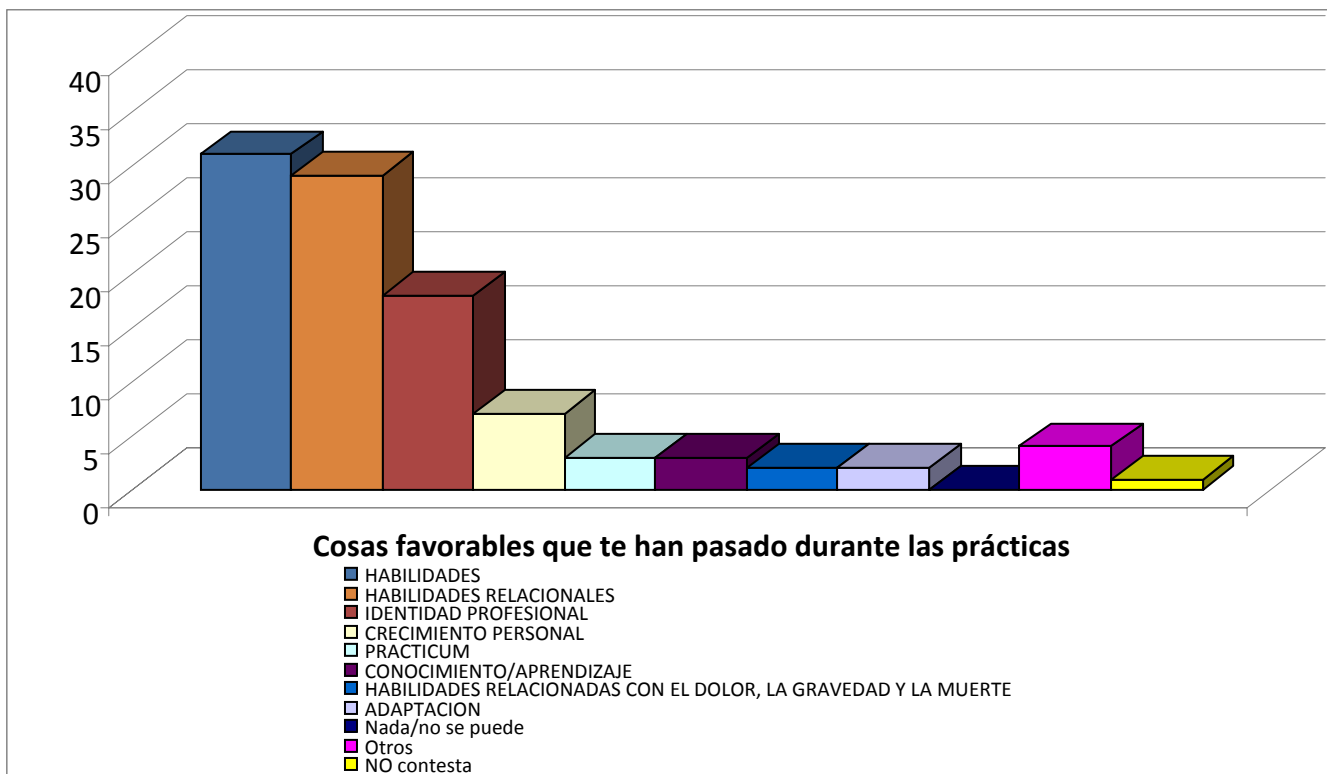
Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados Indica "Aspectos favorables" durante el practicum				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref.Ítems que la integran	Ítems por categoría	Total Variedad Respuesta	Porcentaje Variedad Respuesta
HABILIDADES (Aprender, practicar, desarrollar) Aprender/obtener experiencia/ aprender formas de trabajar Aprender de los profesionales Aprender / practicar técnicas Aprender a priorizar la educación sanitaria Que las cosas salgan bien, hacer las cosas bien Poner en práctica los conocimientos académicos Participación en el taller de relajación Extracciones de sangre diarias Atención domiciliaria	Integra 1, 2, 3,10, 16, 30, 33, 34, 39	9	301	31%
HABILIDADES RELACIONALES (Aprender, practicar, desarrollar) Relación con los compañeros del equipo del hospital Relación con los pacientes y familiares Saber tratar con los pacientes (dar explicaciones, resolver conflictos) Desarrollo de la comunicación y empatía (aprender a tratar con personas) Aprender a comunicarme con usuarios con problemas sociales o familiares Conocer gente	Integra 4, 7, 9, 11, 15, 27	6	282	29%
IDENTIDAD PROFESIONAL (Aspectos) Reconocimiento del trabajo propio por los compañeros (ser considerado como un profesional) Reconocimiento del trabajo propio por los pacientes y familiares Identificación con la profesión (capacidad de trabajo, confirmación de la vocación, sentirse realizado por su trabajo) Sentir que formo parte de un equipo multidisciplinar Relación con otros sanitarios: médicos, celadores..., sentirse valorado por ellos Tenerme en cuenta para tomar decisiones El trabajo en y con el equipo	Integra 5, 6, 8, 12, 22, 17, 40	7	175	18%
CRECIMIENTO PERSONAL (Aspectos) Sentirse útil Sentirme seguro/a de mis acciones (tener más seguridad en el ejercicio, tener criterio propio) Tener responsabilidades Formación como persona (conocerse a si mismo) Aprender a apreciar más la vida Tener diferentes puntos de vista respecto a una situación Tranquilidad Sentirme a gusto Poder decidir, tener iniciativa	Integra 13, 14, 18, 20, 21, 23, 25, 32, 38	9	72	7 %

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.4/2

Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados Indica "Aspectos favorables" durante el practicum				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref. que la ítems integran	Ítems por categoría	Total Variedad Respuestas	Porcentaje Variedad Respuesta
CONOCIMIENTO/APRENDIZAJE (Adquisición) Conocer situaciones críticas Conocer el trabajo del CAP/Hospital Ver la reacción ante las urgencias Ver la realidad de algunas personas Conocer más el barrio	Integra 26, 31,36, 37, 41	5	31	3 %
PRACTICUM (Aspectos relacionados) Buena organización del trabajo	Integra 28	1	24	3%
ADAPTACION (Aspectos relacionados) Relación con la enfermera/tutor (Tener su apoyo) Buena Acogida en el centro	Integra 24, 29	2	23	2%
HABILIDADES RELACIONADAS CON DOLOR, GRAVEDAD Y MUERTE (Aprender, practicar, desarrollar) Saber como hablar con la familia cuando un paciente esta en fase final Curas a enfermos graves, críticos y terminales Especialización Oncología (Relación pacientes, patología, tratamientos)	Integra 19, 35, 42	3	18	2 %
Otros			38	4%
TOTAL		42	964	99 %
No contesta			8	1%
				100 %

Fuente: elaboración propia



Fuente: elaboración propia

Fig 6. 1

Las categorías con mayor puntuación en base al número de respuestas obtenidas e integradas han sido:

- Habilidades (aprender, practicar, desarrollar) con 301 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 31% de las respuestas de "cosas favorables".
- Habilidades relacionales (aprender, practicar, desarrollar) con 282 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 29% de las respuestas de "cosas favorables".
- Identidad profesional (aspectos relacionados) con 175 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 18% de las respuestas de "cosas favorables".

En el otro extremo de menor puntuación destacan:

- Practicum con 24 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 3% de las respuestas de "cosas favorables".
- Adaptación con 23 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 2% de este tipo de respuestas.
- Habilidades relacionales sobre dolor, gravedad y muerte con 18 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 2% de este tipo de respuestas.

B) "Cosas desfavorables que han sucedido durante las prácticas". En cifras absolutas se ha obtenido una variedad de 429 respuestas (134,90% de respuestas). (Tabla 6.5) y Figura 6.2.

Las puntuaciones más altas o cosas más desfavorables son las siguientes:

- Habilidades (limitaciones en aprender, practicar, desarrollar) con 102 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 24% de este tipo de respuestas.
- Habilidades relacionales sobre dolor, gravedad y muerte (limitaciones en aprender, practicar, desarrollar) con 67 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 16% de este tipo de respuestas.
- Habilidades relacionales (limitaciones en aprender, practicar, desarrollar) con 66 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 15% de este tipo de respuesta.

En el otro extremo de menor puntuación destacan:

- Identidad profesional con 41 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 10% de este tipo de respuestas.
- Crecimiento personal con 35 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 4% de de este tipo de respuestas.
- Adaptación con 18 variedades de respuesta en números absolutos, que suponen un 4% de las respuestas.

C) ¿Qué harías para evitar o mejorar esas cosas desfavorables?. En cifras absolutas se ha obtenido una variedad de 270 respuestas (84,90% de estas respuestas) que se han clasificado en la Tabla 6.6 y Figura 6.3.

Las categorías que han presentado mayor puntuación o más propuestas han sido:

- Practicum (organización, horarios, trabajos, evaluación...) con 68 variables de respuesta en números absolutos, que suponen un 25% de este tipo de respuestas.
- Habilidades (aprender, practicar, desarrollar) con 49 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 18% de este tipo de respuestas.
- Adaptación (aspectos relacionados) con 46 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 17% de este tipo de respuestas.

En el otro extremo de menor puntuación destacan:

- Crecimiento personal (aspectos relacionados) con 20 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 8% de este tipo de respuestas.
- Conocimiento/Aprendizaje (adquisición) con 16 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 6% de este tipo de respuestas.

- Habilidades relacionales sobre dolor, gravedad y muerte (aprender, practicar...) con 10 variaciones de respuesta en números absolutos, que suponen un 4% de este tipo de respuestas.

En cuanto al *resumen* de resultados para cada una de las tres modalidades (A,B,C), surge que las cosas favorables mejor valoradas por los alumnos durante las prácticas son: el aprendizaje de Habilidades (31%), de Habilidades relacionales (29%) y las cuestiones relacionadas con la Identidad profesional (18%). Las más valoradas como cosas desfavorables son, la limitación en el aprendizaje de (no poder aprender): Habilidades (24%), Habilidades relacionales sobre dolor, gravedad y muerte (16%) y las Habilidades relacionales (15%). En cuanto a la pregunta ¿Qué harías para mejorar o evitar esas cosas desfavorables?, las categorías de respuestas con mayor puntuación han sido Practicum (25%), Habilidades (18%), Adaptación (17%), Habilidades relacionales (10%). En estas respuestas, se ha observado que la categoría Practicum y Adaptación contienen aspectos afines. Sin embargo en la categoría Adaptación, se han incluido aquellas respuestas que se refieren a aspectos de la institución de prácticas que pertenecen a esa organización y sobre los que no procede cualquier intervención desde la Escuela como por ej. "Suprimir el turno de noche", "Controlar que la unidad de destino sea didáctica", etc., según se ha comentado anteriormente.

En la *interpretación y contraste de resultados* puede destacarse lo siguiente (Tabla 6.7): En los apartados de cosas favorables, desfavorables y propuestas para su evitación, se observa una coherencia en las categorías de la *franja superior*, de forma que lo mejor ha sido *aprender habilidades* (31%), y se corresponde con las limitaciones de las peores también en cifra más alta (24%) y a vez de la mayor cantidad de propuestas de evitación de estas (18%). En cuanto a la categoría que ocupa el segundo lugar en importancia de respuestas, *habilidades relacionales*, sucede lo mismo que en el apartado anterior. Se presenta en segundo lugar como cosas positivas (29%), y también en segundo lugar su limitación (15%) y en segundo lugar igualmente su propuesta de evitación (10%), por lo que hay congruencia de respuestas. El tercer lugar, presenta un matiz distinto. Se ha atribuido a la categoría *identidad profesional* y como en los anteriores casos, hay coherencia entre cosas positivas (18%) y 10% de cosas desfavorables, que también ocupan el tercer lugar dentro de la misma categoría, aunque en este caso, no hay ninguna propuesta de mejora o evitación, esta es la diferencia con los dos casos anteriores. La congruencia en cuanto al conjunto para una categoría, continúa en el caso del cuarto lugar para la de *crecimiento personal*, donde aparece un 7% de cosas positivas, un 8% de malas y un 8% de propuestas de mejora. En el siguiente caso, la categoría *practicum* presenta rasgos distintos, las cosas positivas suponen un 3%, las desfavorables 13% y los aspectos de evitación o mejora un 25%. En el caso de la categoría *conocimiento y aprendizaje* presenta también discordancia. Las cosas positivas suponen un 3%, mientras que las desfavorables 10% y las propuestas de mejora 6%. En cuanto a la categoría *habilidades relacionadas con el dolor, la gravedad y la muerte*, las cosas positivas 2%, las desfavorables 16% y las evitaciones 4%. En el caso de la categoría *adaptación* las cosas positivas 2% desfavorables 4% y para su evitación 17%.

Sobre la *síntesis* global (Fig.6.4), puede deducirse que lo más favorable que sucede a los estudiantes durante sus prácticas es aprender habilidades en general y habilidades relacionales en particular, a la vez que se identifican con la profesión de forma significativa. En sentido contrario, no aprender dichas habilidades es atribuido como negativo, seguido de no aprender habilidades relacionales sobre dolor, gravedad y muerte, por eso, tal vez no pueden considerar positivo este aprendizaje dado que la puntuación es muy baja" (2%), dentro de las "cosas favorables". Sin embargo no aportan muchas ideas en torno a como esto se podría evitar, ya que solo aparecen un 4% de respuestas en este sentido. Por otro lado, llama la atención la *cantidad de sugerencias* emitidas en torno a mejorar o *evitar aspectos del practicum* (25%) como la cifra mayor del total de propuestas de mejora del conjunto de categorías. Otro tanto sucede en las mejoras contenidas dentro de la categoría de *adaptación*(17%), que ocupa el tercer lugar de dichas propuestas de mejora (tras las de habilidades en general, 18%) y según se ha comentado tiene cierta afinidad con la categoría practicum, por lo que si ambas se sumaran, darían lugar a un 42% de sugerencias para el practicum, por lo que podría ser de

Tabla 6.5

Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados Indica "Aspectos desfavorables" durante el practicum				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref. que la ítems integran	ítems por categoría	Total Variedad Respuestas	Porcentaje Variedad Respuesta
HABILIDADES (Limitaciones en aprender, desarrollar) Que las cosas no te salgan Equivocarse en prácticas vinculadas al ejercicio de la profesión (medicación) No realizar bien las técnicas	Integra 4, 5, 23	3	102	24%
HABILIDADES RELACIONADAS CON DOLOR, GRAVEDAD Y MUERTE (Limitaciones en aprender, desarrollar) Enfrentarse con la muerte y el dolor (no saber como responder o manejarse) Deshumanización del enfermo incurable No saber cómo actuar, responder, ante una pregunta R/C muerte	Integra 17, 22, 32,	3	67	16%
HABILIDADES RELACIONALES (Limitaciones en aprender, desarrollar) Problemas de comunicación con un paciente (no poderme explicar correctamente) No saber cómo tratar con los pacientes y familiares Trato con otros/as enfermeros/as El equipo de trabajo Problemas con pacientes (agresiones, insultos, etc.) Desconfianza en la competencia de la estudiante por parte del enfermo o familiares	Integra 8, 9, 10, 12, 15, 27	6	66	15%
PRACTICUM (Aspectos relacionados) Monitor de prácticas (abandono, acoso, falta de interés, etc.) Preocuparme más por el trabajo teórico que por el práctico La tutora (abandono, acoso, falta de interés, etc.) Demasiados trabajos para entregar Búsqueda de información para el trabajo Procedimiento de evaluación Horario de las Prácticas demasiado largas y/o inflexibles (falta de tiempo disponible) Desplazamiento hacia el CAP Que te asignen una planta que no te gusta/No poder elegir el destino Periodo corto de prácticas	Integra 2, 13, 14, 18, 21, 31, 41, 49, 53, 59	10	57	13%
CONOCIMIENTO/APRENDIZAJE (Limitación) Falta de confianza demostrada por otras enfermeras (limitación en las técnicas que se le permiten practicar) No tener los conocimientos necesarios Profesionales que no explican, no ayudan Buscar la ayuda de la enfermera y no tenerla La enfermera no especifica las dosis de medicación Alcance de diferentes niveles de aprendizaje según la unidad Influencia de la dinámica de la planta en tu aprendizaje Mentir al alumno Falta de reciclaje de tu enfermera No realizar ciertas prácticas y realizar demasiado otras No asistir a reuniones del equipo asistencial Faltar unos días por baja Hacer cosas técnicas, pruebas sin saber porqué se hacen	Integra 11, 19, 20, 29, 34,35, 36, 37, 38, 42, 46, 52, 58	13	43	10%

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.5/ 2

Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados Indica "Aspectos desfavorables" en el practicum				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref. que la ítems integran	Ítems por categoría	Total Variedad Respuestas	Porcentaje Variedad Respuesta
IDENTIDAD PROFESIONAL (Aspectos relacionados)	Integra 36, 39	2	41	10%
CRECIMIENTO PERSONAL (Aspectos relacionados)	Integra , 30, 54, 56	3	35	8%
ADAPTACION (Aspectos relacionados) Trabajar gratis Demasiado trabajo Problemas de adaptación Estrés Impotencia ante el mal trabajo de una enfermera La diferencia de trabajo de cada profesional No poder disfrutar de ningún momento de soledad Ir a descargar trabajos pesados y de poca responsabilidad (burro de carga, explotación) Despreocupación por parte de las auxiliares La monotonía del final Falta de comunicación entre el personal medico Rivalidad entre los dos turnos. Diferentes recursos entre ellos Verme involucrada en un conflicto laboral Estar demasiada gente en una consulta Poco tiempo por consulta y paciente Falta de organización Falta de coordinación Falta de material Desautorización del Estudiante	Integra 1, 6, 7, 16, 24, 5,26, 28, 33, 9,40, 43, 44, 45, 47, 48, 50, 51,55	18	18	4%
TOTAL RESPUESTAS		58 18,2%	429	100%

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.6

Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados				
Indica ¿Que harías para mejorar o evitar esos aspectos desfavorables?				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref. que la ítems integran	Ítems por categoría	Total Variedad Respuestas	Porcentaje Variedad Respuesta
PRACTICUM (Organización, horarios, trabajos, evaluación) Más tiempo compartido entre evaluador y alumno Que el monitor comparta sus opiniones con todos Probar y seleccionar a los futuros tutores (8) Controles de calidad para tutores (previo al practicum (8) Sistemas fiables de evaluación del tutor (durante el practicum), Mayor apoyo del tutor al alumno Reducir el tiempo y/o horario de prácticas Compensar las prácticas (remuneración) Dar más tiempo para entregar los trabajos Flexibilizar los horarios de prácticas Rotar más para adquirir más conocimientos diferentes Realizar turnos de horas para un mejor seguimiento de los pacientes Cambiar el trabajo por uno más adecuado Alargar el practicum Que hubiera una profesora asociada en cada centro Mejorar el sistema de evaluación	Integra 1, 2, 8, 10, 13, 14, 18, 29 30, 34, 41, 46, 49, 50, 51	15	68	25%
HABILIDADES (aprender, practicar, desarrollar) Practicar más y más técnicas Realizar más tipos de tareas	Integra 5,9	2	49	18%
ADAPTACION Mayor implicación de las enfermeras en la formación de los alumnos (que se responsabilizasen y concienciasen de esta función) No rotar tanto (de equipo, para mejorar la adaptación) Dar tiempo para que el estudiante se sitúe en el servicio y mejorar la acogida Poder evaluar los alumnos a las enfermeras Mejorar el trato al estudiante Remunerar a las enfermeras que enseñan Animar al alumno cuando haga algo bien Tratar a los dos turnos por igual Más autonomía para el alumno, confiar en su profesionalidad Recordar a las enfermeras que ellas también fueron estudiantes Suprimir el turno de noche Controlar que la unidad de destino sea didáctica	Integra 6, 11, 15, 19, 25, 26,31, 35, 36, 37, 40, 42, 44, 48, 28	15	46	17%

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.6/ 2

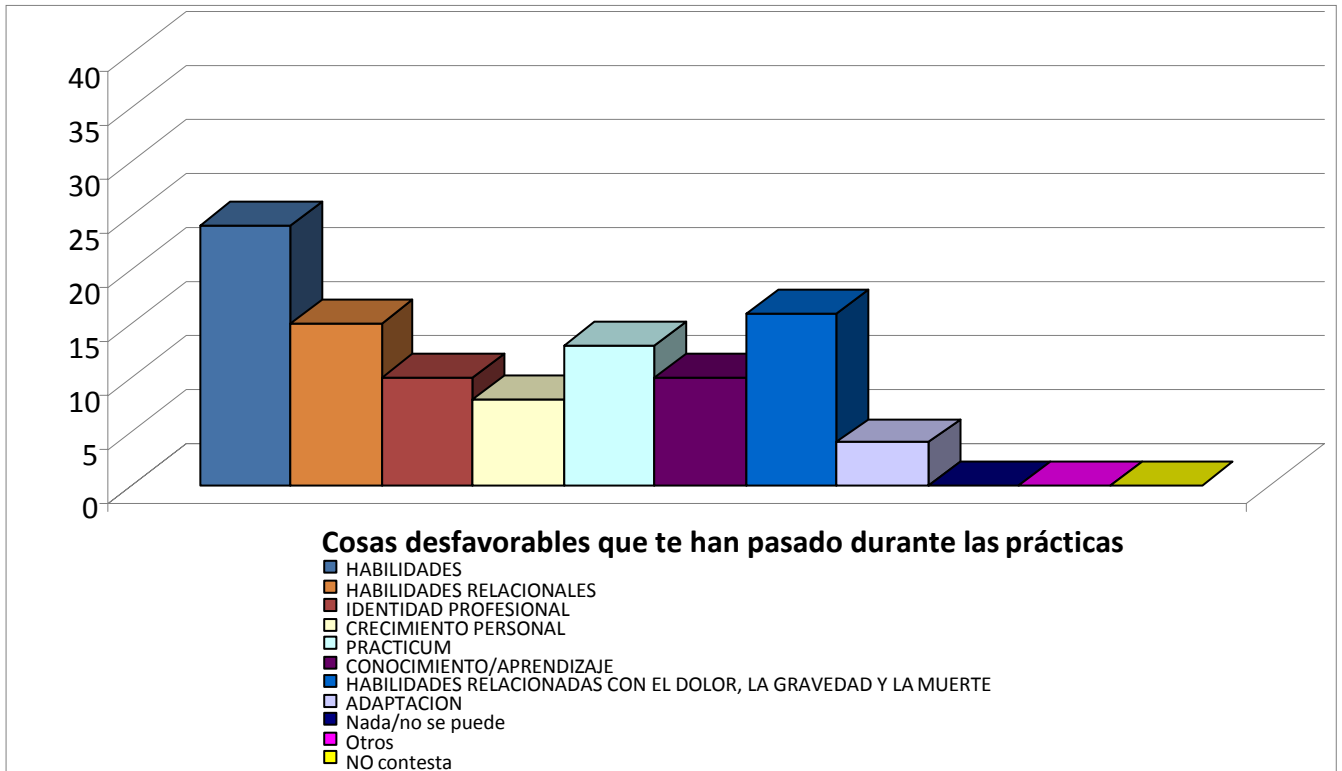
Cuestionario Retos aprendizaje: Resultados				
Indica ¿Que harías para mejorar o evitar esos aspectos desfavorables?				
CATEGORIAS CON ÍTEMS QUE LA INTEGRAN	Ref. que la ítems integran	Ítems por cateogira	Total Variedad Respuestas	Porcentaje Variedad Respuesta
HABILIDADES RELACIONALES (aprender, practicar, desarrollar) Mejorar la comunicación con los implicados en las situaciones desagradables Seminarios especializados (pe.:comunicación)* Valorar más y conocer mejor la relación paciente y familiar Mejorar la comunicación en general Difundir mas la empatía Información sobre relación profesional paciente y familia ara saber cómo actuar	Integra 7, 24, 27, 33, 39, 47	6	26	10%
CRECIMIENTO PERSONAL Asumir y/o superar la inseguridad, Evitar ponerse nervioso/a a la hora de decidir Vigilar y prestar más atención Preguntar más (dudas)	Integra 3, 4, 23, 45	4	22	8%
CONOCIMIENTOS/APRENDIZAJE (adquisición) Dar una guía con las patologías más frecuentes Dar más información sobre las patologías Más información Profundizar en la fisiopatología Revisar el protocolo más frecuentemente No sobresaturar los contenidos	Integra 16, 17, 20,21, 38,43	6	16	6%
HABILIDADES RELACIONADAS CON DOLOR, GRAVEDAD Y MUERTE (aprender, practicar, desarrollar) Asumir las facetas emocionalmente más duras de la profesión (enfrentarte al dolor y la muerte) Tratar a los enfermos más humanamente (especialmente los incurables) Clases y apoyo para afrontar las preguntas y situaciones relacionadas con casos de muerte y dolor	Integra 12, 22, 32	3	10	4%
IDENTIDAD PROFESIONAL	---	---	---	---
Nada/no se puede	---	---	8	3%
Otros			25	9%
TOTAL RESPUESTAS ---		51 (16,03 %)	270	100%

Fuente: elaboración propia

Tabla 6.7

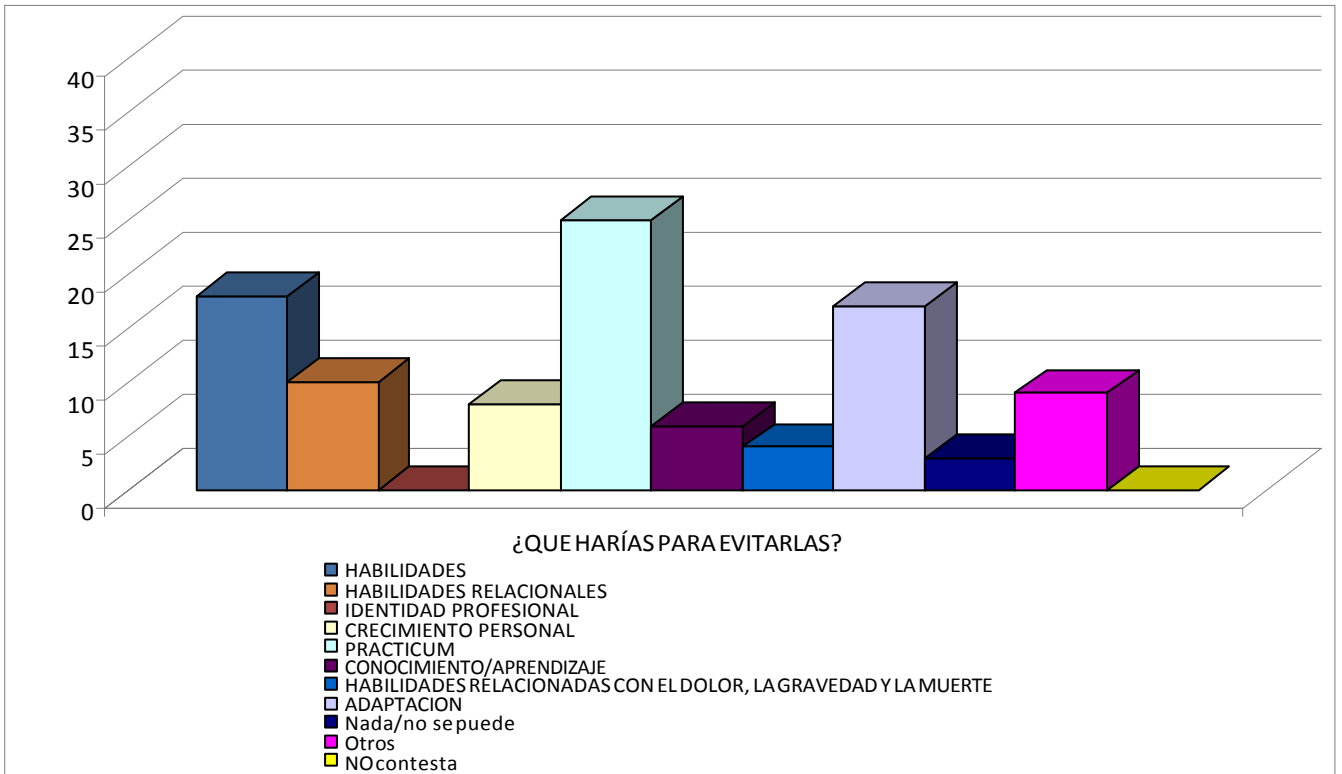
<p>Cuestionario: Retos comunicativos en el curso de aprendizaje</p> <p>Sobre las practicas realizadas indica,</p> <p>a) Aspectos favorables, b) Aspectos desfavorables c) ¿que harías para mejorarlos?</p> <p>Resumen de respuestas</p>			
	Aspectos FAVORABLES (Propuestas)	Aspectos DESFAVORABLES (Limitación relacionada)	¿QUE HARÍAS PARA MEJORARLOS?
HABILIDADES	31%	24%	18%
HABILIDADES RELACIONALES	29%	15%	10%
IDENTIDAD PROFESIONAL	18%	10%	--
CRECIMIENTO PERSONAL	7%	8%	8%
PRACTICUM	3%	13%	25%
CONOCIMIENTO/APRENDIZAJE	3%	10%	6%
HABILIDADES RELACIONADAS CON EL DOLOR, LA GRAVEDAD Y LA	2%	16%	4%
ADAPTACION	2%	4%	17%
Nada/no se puede			3%
Otros	4%	--	9%
NO contesta	1%	--	--
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia



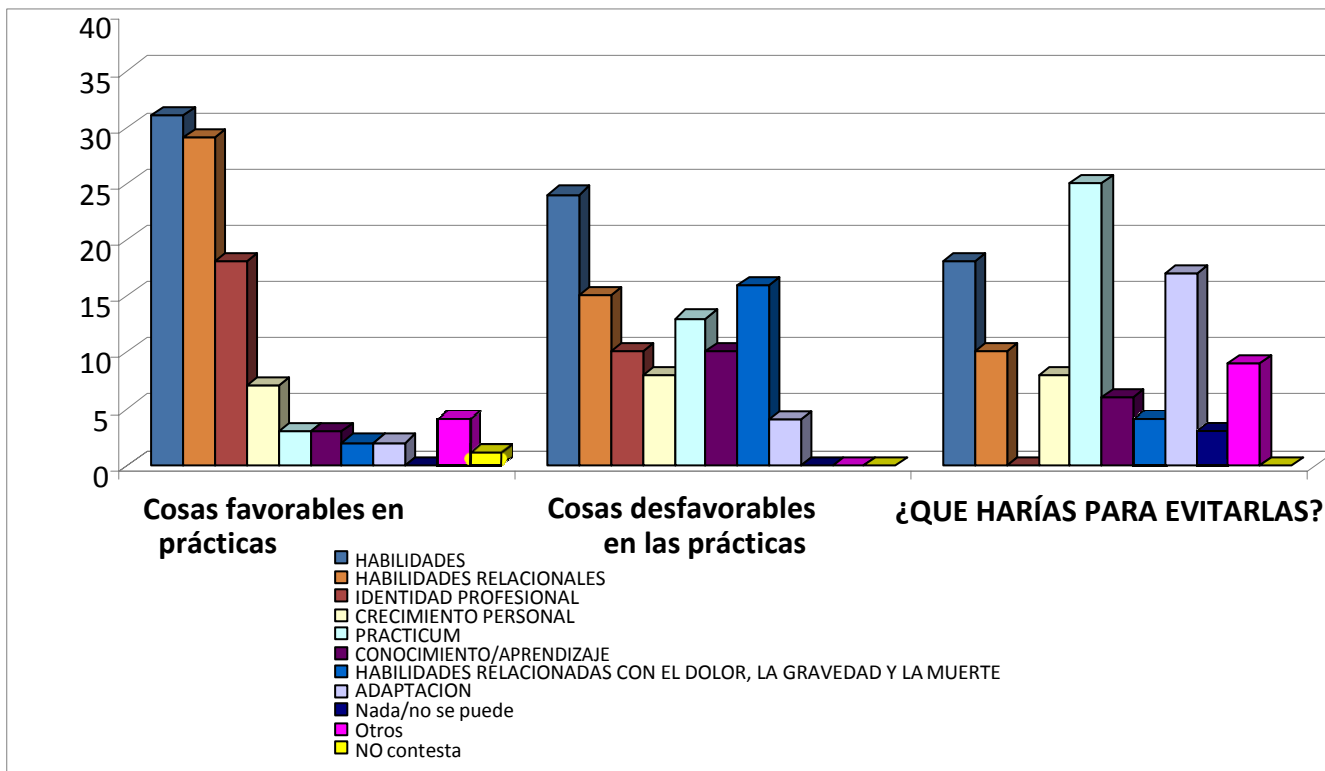
Fuente: elaboración propia

Fig 6. 2



Fuente: elaboración propia

Fig 6. 3



Fuente: elaboración propia

Fig. 6.4

interés tal exploración. En cualquier caso, desde estos resultados puede interpretarse, que los estudiantes tienen algo que decir para mejorar las prácticas, según su percepción. En cuanto al interés de este estudio, relacionado con las habilidades de comunicación, se observa que si se sumara la valoración total de habilidades relacionales indicadas como aspectos favorables (29%) junto con las relacionadas con la gravedad, en el mismo sentido (2%) supondría un 31%, como también resulta un 31% la limitación de no haber podido aprender más este tipo de habilidades. El conjunto orienta hacia un interés bastante alto de la comunicación, dado que las habilidades relacionales ocupan el segundo lugar entre las ocho categorías propuestas, según puede apreciarse en la Figura 6.4 donde se contrasta el conjunto analizado.

6.3. Percepción de "elementos comunicativos" en la formación (n= 318)

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que pretende analizar el grado de dificultad relacional experimentada por los estudiantes durante las prácticas, según su percepción. Para ello se pregunta sobre la comunicación (dificultades relacionales) con los pacientes y sus familias, desde un estado de malestar global o más general de los pacientes, hasta situaciones de dolor y de gravedad.

Así, se analizó si la dificultad relacional con el paciente dependía de la situación de dicho paciente, mediante un test de Chi-cuadrado de Pearson, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de pacientes en función de su gravedad (p -valor <0.001), siendo mayor el grado de dificultad relacional en aquellos pacientes que presentaron mayor gravedad. Del mismo modo se analizó si la dificultad relacional con los familiares de los pacientes dependía de la situación de dichos pacientes, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los familiares de pacientes de afectación global y los familiares de pacientes graves (Test de Chi-cuadrado, p -valor <0.001), siendo mayor el grado de dificultad relacional con los familiares de aquellos pacientes que presentaron mayor gravedad. Los resultados de todos los ítems se presentan en porcentajes de dificultad relacional con paciente y familia Tabla 6.8 , Figura 6.5 y Figura 6.6.

Por otro lado, mediante un test de Kruskal-Wallis se analizó si había diferencias en las medias de las puntuaciones obtenidas para la dificultad relacional con los distintos pacientes en función de su situación, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de pacientes en función de su gravedad (p -valor <0.001), siendo mayor el grado de dificultad relacional en aquellos pacientes que presentaron mayor gravedad (media=2.77). También se analizó del mismo modo, si había diferencias en las medias de las puntuaciones obtenidas para la dificultad relacional con los familiares de los pacientes en función de la situación de dichos pacientes, hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los familiares del paciente con afectación global y los familiares de pacientes graves (U de Mann-Whitney, p -valor <0.001), siendo mayor el grado de dificultad relacional con los familiares de aquellos pacientes que presentaron mayor gravedad (media de 2.19 frente a 1.70). En la Tabla 6.9 se presentan las medidas de dificultad relacional que se representan también en el Figura 6.7.

En resumen, en relación con los objetivos de este estudio, a raíz de la muestra y resultados obtenidos se confirma que la dificultad comunicativa del estudiante aumenta conforme aumenta la gravedad del paciente y lo mismo sucede en relación con su familia.

Tabla 6.8

Percepción de elementos comunicativos en la formación: Dificultad relacional con paciente y familia										
TODOS LOS ÍTEMS Y RESULTADOS EN PORCENTAJES										
PACIENTE										
<i>ITEMS</i>	<i>Global</i>	<i>Con dolor</i>	<i>Graves</i>	<i>Situación vital comprometida</i>	<i>p-valor¹</i>	FAMILIA				
						<i>Del paciente global</i>	<i>Del paciente grave</i>			<i>p-valor¹</i>
<i>"Nada"</i>	20.1%	13.7%	14.9%	7.1%	<0.001	41.1%	20.6%			<0.001
<i>"Un poco"</i>	64.6%	58.5%	48.3%	35.3%		49.3%	47.0%			
<i>"Bastante"</i>	10.8%	21.4%	27.2%	36.2%		7.9%	25.3%			
<i>"Mucho"</i>	3.8%	5.0%	9.2%	16.5%		1.7%	6.7%			
<i>"Muchísimo"</i>	0.6%	1.3%	0.4%	4.9%		0.0%	0.4%			
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		100.0%	100.0%			

Fuente: elaboración propia

1: Prueba Chi-Cuadrado de Pearson

Tabla 6. 9

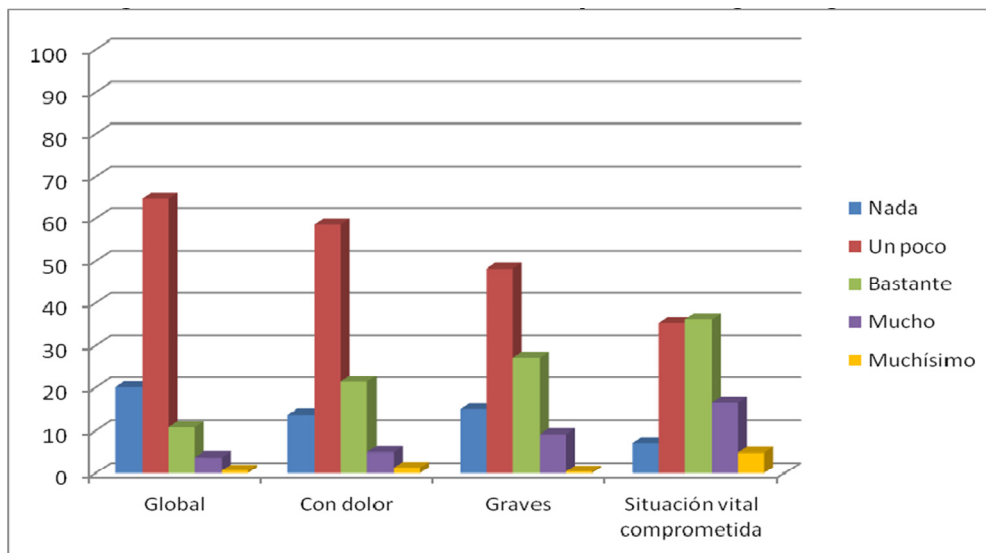
Cuestionario Percepción de elementos comunicativos en la formación				
Medias Dificultad Relacional				
N = 318		Postpracticum		
Ítems	Media	Desv. Típica	NS/NC	p-valor
Dificultad relacional con pacientes (Global)	2	,72	1%	<0.001¹
Dificultad relacional con pacientes con dolor	2.22	,79	6%	
Dificultad relacional con pacientes con pronóstico grave (sin situación global comprometida)	2.32	,85	18%	
Dificultad relacional con pacientes en estado grave y situación vital comprometida	2.77	,97	30%	
Dificultad relacional global con familiares de un paciente	1.70	,68	5%	<0.001²
Dificultad relacional global con familiares de un paciente con enfermedad grave	2.19	,85	20%	

Fuente: elaboración propia

1: Test de Kruskal Wallis; 2: Test U de Mann Whitney

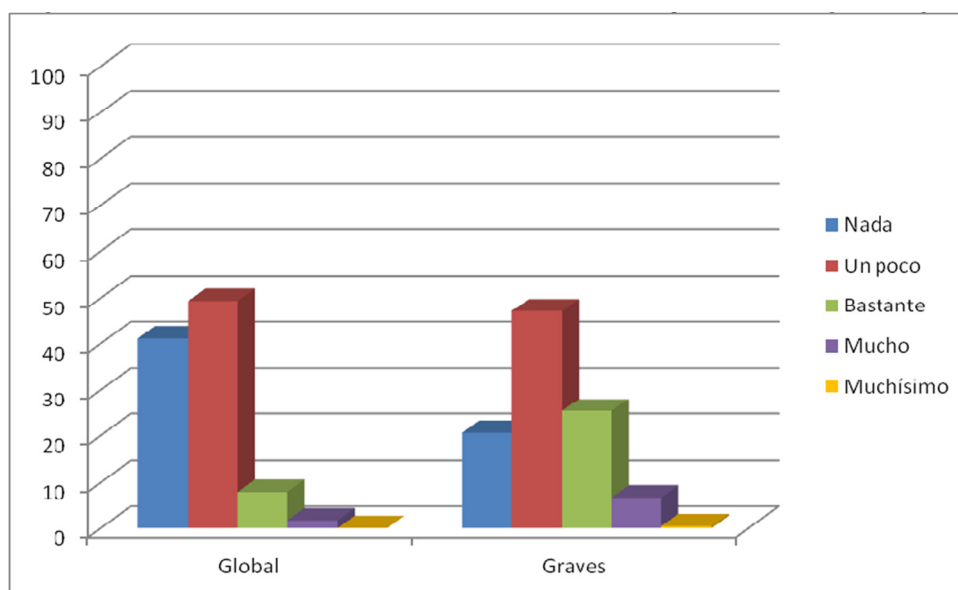
**Cuestionario: Percepción de elementos comunicativos en la formación:
Dificultad relacional con paciente y familia**

Figura 6.5. Dificultad relacional con paciente según su gravedad



Fuente: elaboración propia

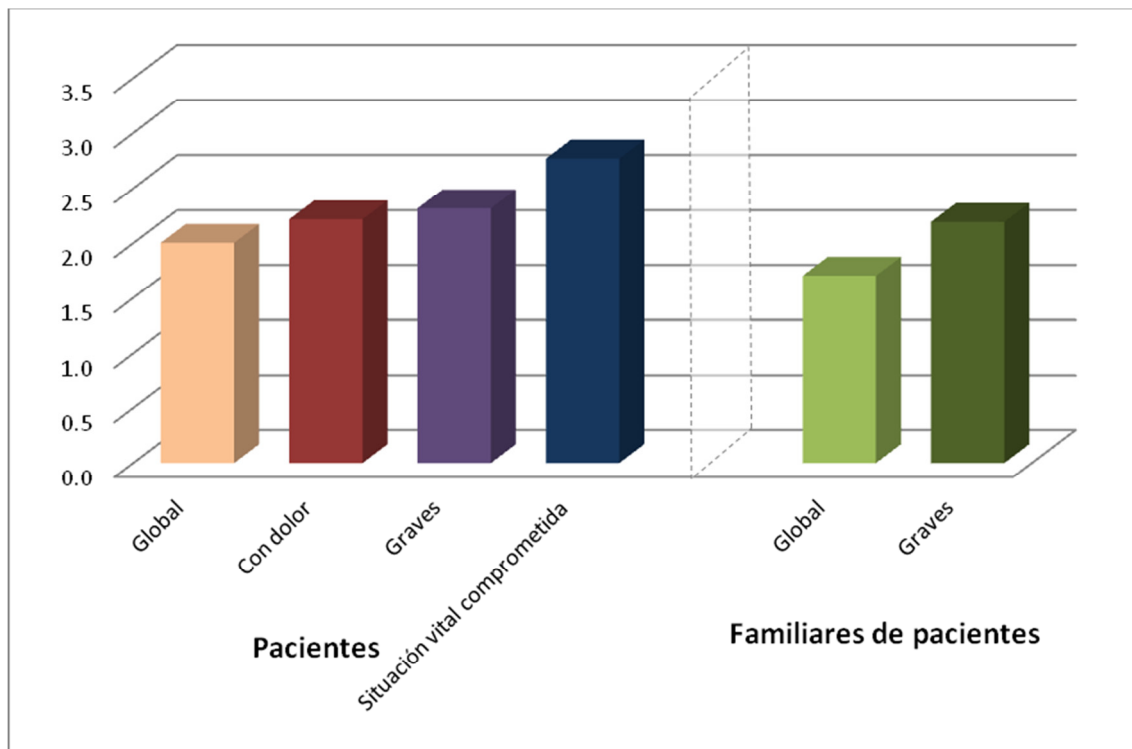
Figura 6.6. Dificultad relacional con la familia del paciente según su gravedad



Fuente: elaboración propia

Cuestionario: Percepción de elementos comunicativos en la formación: Dificultad relacional con paciente y familia

Figura 6.7- Medias Dificultad Relacional



Fuente: elaboración propia

6.4. Relación comunicativa a partir de estudiantes y profesionales en ejercicio

*"la enfermera hace lo que tiene que hacer
y la comunicación la deja aparte,
el estudiante va detrás de ella
y hace lo que ve hacer"*

(Supervisora Clinic)

Se trata de los resultados de las entrevistas realizadas (n=21) a estudiantes (que integra recién postgraduados que trabajan) y profesionales, en base a los siguientes ámbitos: 1 *Propio* (o privado); 2. *Asistencial general* (el consultante es el entrevistado); 3. *Asistencial prácticas* (enfermo y familia); 4. *Asistencial prácticas* (enfermera, equipo, tutora); 5. *Ámbito formativo teórico*; 6. *Cualquier sugerencia o aportación que quieras hacer*. La estructura de dichos ámbitos se mantiene para presentar los resultados y abstracciones. El total de preguntas realizadas fue de 750. Su desglose por ámbitos puede observarse en la Tabla 5.9.

Ámbito propio o privado

Se pregunta a la totalidad de entrevistados/as por el interés personal acerca de la comunicación y percepción de cómo uno/a se relaciona con los demás. En el caso de profesionales, se pregunta, además, sobre su punto de vista personal acerca de la comunicación en enfermería. En todos los casos se atribuye una relevancia significativa a la comunicación. En el caso de los estudiantes pregraduados, muestran alguna dificultad cuando no conocen un contexto y también situaciones de falta de estrategias para resolver un conflicto, este aspecto no aparece en el caso de profesionales en ejercicio (incluidos postgraduados que trabajan). El conjunto de profesionales considera esencial la comunicación en la profesión enfermera.

Estudiantes (pregraduados y recién postgraduados que trabajan)

La comunicación es considerada muy relevante por todas/as los/las informantes, así como la forma de relacionarse con los suyos (familia, amigos, pareja, etc.), aunque se observa una respuesta menos contundente en dos de los estudiantes (uno de ellos con dificultades fonéticas de pronunciación y el otro con dificultades procedentes del entorno familiar): *"Sí, lo justo"* (6-ECEBELL); *"Supongo que sí..."* (7-EDRHCLINIC).

En general, los estudiantes, vinculan las dificultades para relacionarse a partir de atribuciones propias, atribuciones ajenas y dificultades en el manejo de la relación. Por ejemplo, en relación con su estado anímico bajo (por ej. estar triste o enfadado), situación tensional y falta de receptividad en el entorno, atribuyendo las causas más a ellos mismos, que a la complejidad de una situación determinada: *"Cuando estoy triste porque no me apetece"* (1-EIVILAD); *Me gusta más escuchar que hablar, parece que la gente habla de una manera diferente cuando esta en público, parece que no es natural. Lo que me genera conflicto es que me falten al respeto"* (2-EIVILAD); *"Cuando estoy enfadado tengo muchos problemas para comunicarme"* (3-EHBELL); *"Cuando no soy capaz de transmitir lo que quiero expresar porque hay gente que le trae sin cuidado lo que tu puedas decirle"* (4-EHDIR); *"A veces ni uno mismo sabe lo que siente y es difícil de transmitir, los nervios te pueden traicionar"* (5-ECEMATER); *"Con gente que no conozco o con según que gente me cuesta más comunicarme"* (6-ECEBELL). Estudiantes con dificultades relacionales, se refieren especialmente a las situaciones en las que no hay confianza: *"Cuando conozco a una persona nueva"* (7-EDRHCLINIC); *"Con gente nueva a la que no conozco"* (8-EDRHCLINIC).

Los postgraduados que trabajan refieren no tener dificultades en la actualidad, en general. Sin embargo, mantienen el recuerdo de ciertas situaciones durante sus prácticas, que no les fueron fáciles, como por ej. : *"En casi ninguna situación me cuesta hablar, cuando estaba en prácticas"*

me costaba mucho relacionarme con los familiares de los enfermos en coma porque no sabía bien de qué hablar con ellos. En la Universidad te explican cosas pero cuando te encuentras en situación... Te dicen que tienes que hablar con el paciente en coma y cuando lo haces no sabes si te están escuchando y te sientes un poco extraño” (10-POSTCLINIC).

En cuanto a las causas de dificultad relacional en su ámbito privado las adjudicaciones son diversas como: a) atribuciones propias, b) atribuciones ajenas, c) dificultades en el manejo de la relación. Los ejemplos son los siguientes: a) atribuciones propias, *“Considero que es un mecanismo de defensa bastante inútil” (1-EIVILAD) “Me enfado porque pienso que la gente no acaba de entenderme” (3-EHBELL); “Prefiero coger confianza y en cuanto al miedo de hablar en público es porque quiero que todo salga bien” (7-EDRHCLINIC); “Por mi problema de fonética que me ha condicionado toda mi vida. Me cuesta pronunciar la erre” (8-EDRHBELL). b) atribuciones ajenas: “Creo que las personas modifican demasiado su forma de hablar cuando están en grupo, parece que la gente se infantilice” (2-EIVILAD). “Entiendo que es un menosprecio y me duele” (4-EHDIR). c) “Dificultades en el manejo de la relación: Por las dificultades en la comunicación” (5-ECEMATER). “Por la situación familiar. A mi madre la voy a ver aunque no le cuente mis cosas ya que cuando lo he hecho no ha sabido ayudarme” (9-EDRHBELL).*

Sobre las formas de solucionar la dificultad relacional, se interpretan tres modalidades de respuesta, aplicables a la totalidad de los casos: 1) una utilización de una pausa de tiempo intermedio; 2) una modalidad de afrontamiento activo; 3) una modalidad de afrontamiento pasivo. 1) utilización de un tiempo intermedio: *“Suelo necesitar un tiempo para organizarme las ideas, son tiempos relativamente cortos” (1-EIVILAD); “Dejo que pase algún tiempo y entonces vuelvo a ser yo” (3-EHBELL). 2) modalidad de afrontamiento activo: “Soy de las personas que lo arreglo” (5-ECEMATER); “Si se tiene que hablar se habla, lo paso mal pero cuando te acostumbras lo vas superando” (6-ECEBELL); “Voy sustituyendo las palabras, siempre utilizo sinónimos, cuando tengo que leer en público me pongo muy nerviosa y me cuesta mucho” (8-EDRHBELL). c) Modalidad de afrontamiento pasivo: “Hablar de cosas cotidianas es fácil, temas realmente importantes no los tocamos” (9-EDRHBELL); “Normalmente me callo para no tener problemas” (11-POSTOSONA).*

Acerca de la forma de comunicarse (cambios) en ambientes más cercanos o menos cercanos (Universidad, ámbito asistencial, etc.), el condicionante proviene de conocer o no a las personas, cuestión que afecta a todos los estudiantes menos a los postgraduados: *“Cuando la gente es más lejana me suelo cortar un poco” (2-EIVILAD)*

Profesionales

Las profesionales del estudio atribuyen una importancia determinante a la comunicación, cuidándola en la forma y en el fondo. Manifiestan relacionarse bien con todas las personas, en general, valorando también positivamente las relaciones profesionales, en las que existe predisposición al diálogo: *“En el ámbito profesional distinguiría dos niveles: uno a nivel de colegas con los que intento tener una buena relación y otro con los estudiantes con los que surgen problemas debido a la masificación de las aulas, aunque intento llegar a ellos y descubrir sus necesidades” (19-COORDC); “Quizás con los enfermos no te comunicas tan bien como con la familia, pero en general bien” (14-ENFDIR). La docencia en el practicum de Enfermería, en general, les gusta mucho a todas las entrevistadas, aunque con algún matiz, como los que siguen: “Creo que es lo que más me gusta, es el sistema de aprendizaje con refuerzo más importante, el bagaje teórico requiere de un esfuerzo cercano” (18-COORDH); “Pienso que se podrían hacer más cosas, pero sí que me gusta” (15-ENFESANT); “La relación que tenemos con los estudiantes del practicum es más a nivel de coordinación, me cuesta concretar si el tipo de docencia me gusta” (19-COORDC).*

Como temas más relevantes de las prácticas de enfermería, destacan los siguientes: a) El rol y ámbitos de trabajo de la enfermera (incluida la humanidad, la comunicación, la relación con el paciente y el equipo; saber organizarse y tener habilidades; responsabilidad e independencia), b) el proyecto (trabajo que realizan los/las estudiantes) del practicum y su evaluación, c) el

cuidado integral del paciente, d) la atención al paciente crónico y la atención comunitaria. a) Sobre el rol y ámbitos de trabajo de la enfermera: *“El juego de encontrarte con la realidad, con personas que están sufriendo y que tú las puedes ayudar, yo creo que las enfermeras estamos para esto. Pienso que es algo bonito y aparte a nivel social es imprescindible. Siempre que haya un enfermo estará mejor cuidado si hay una enfermera y si está bien formada ya no podemos pedir nada más”* (12-EMPLEVILAD); *“Es más importante enseñar a los estudiantes que tengan un poco más de humanidad y enseñarles a que se comuniquen un poco más con la gente... prefieren las cuestiones técnicas, a veces se achaca a la falta de tiempo pero a veces es cuestión de que tengas ganas de escuchar o no”* (13-SUPERCLINIC); *“La relación con los profesionales, la relación con los enfermos, intentar organizarse, saber priorizar, saber identificar cada medicamento con su enfermo, las dosis”* (14-ENFDIR). b) Proyecto del practicum y su evaluación, considerando la estructura sanitaria (incluyendo la integración teórico-práctica y el cuidar el comportamiento y actitudes de los alumnos a nivel profesional y personal): *“El tema de la evaluación me interesa mucho por las dificultades que tenemos porque repercute en el alumno. Lo más importante del practicum por parte del coordinador es poder entusiasmar al alumno con el proyecto”* (17-COORDH); *“Los conocimientos aplicados a la práctica, la interrelación que se puede hacer con lo que se está viviendo, hacer una buena integración teórico práctica y cuidar las actitudes y comportamientos que tienen los alumnos tanto profesionales como humanos y personales”* (21-COORDCE); *“La parte formal, como se ha montado el practicum y los resultados. El practicum se ha montado desde una situación de objetivos que pretenden ser implementados en la práctica. Por lo tanto la culminación de todo esto, es llevar de forma fluida el cuidado del paciente, pero también teniendo en cuenta todo lo que comporta la organización sanitaria”* (18-COORDH). c) El cuidado integral del paciente: *“La atención integral del paciente”* (15-ENFESANT). d) El paciente crónico, la atención comunitaria y delimitación rol profesional: *“Lo más relevante es que el estudiante tenga la posibilidad de ver tanto al paciente enfermo como al sano, o sea aquel que puede tener enfermedades crónicas pero puede desarrollar su vida personal sin demasiadas trabas, que el alumno vea a este paciente en su contexto personal como puede ser el domicilio. También es importante que el alumno sepa que tiene unas tareas propias además de las derivadas. Asumen mucho su propia responsabilidad, su independencia como profesionales”* (19-COORDC).

La comunicación (y las habilidades relacionales) es considerada esencial en el ejercicio de esta profesión, destacando como temas de capital importancia en la comunicación, los siguientes: para prestar ayuda al paciente y a su familia, con el equipo; para favorecer la calidad asistencial en general; atención específica a patologías y grupos de edad; relación entre profesor y alumno; desarrollo del rol profesional. a) Para prestar ayuda al paciente y a su familia, con el equipo: *“La comunicación es parte, ya que el individuo no está solo, también tiene la familia que se interesa... que puede colaborar... que el enfermo necesita estar con la familia... el alumno tiene que aprender a captar todo esto y si tiene a las enfermeras a su lado, que también lo tienen claro y le ayudan... mucho mejor”* (12-EMPLEVILAD); *“Pienso que son vitales, cuando suspendemos a un alumno es por aptitudes y estas van ligadas a la comunicación, relación, esponjamiento y saber estar. La comunicación es un elemento importantísimo para obtener datos del paciente, comunicación como observación, como forma de comunicar, de dar con la familia y con el equipo”* (18-COORDH); *“Si no tenemos esta faceta bien desarrollada las posibilidades de ayuda disminuyen”* (21-COORDCE); *“Además de saber comunicarse con el enfermo tiene que saber comunicarse con la enfermera responsable... tenemos que saber comunicarnos entre nosotros, procurar una comunicación fluida, los alumnos tienen que preguntar todas las veces que haga falta”* (14-ENFDIR). b) Para favorecer la calidad asistencial en general: *“Es uno de los puntos más importantes dentro de la atención integral al paciente y para ofrecer la mejor calidad asistencial. El estudiante tiene que dominar este punto y se tiene que saber dirigir y saber cómo hacerlo”* (15-ENFESANT). c) Para la atención específica a patologías y grupos de edad: *“Creo que cada vez tiene más importancia el cómo el alumno tiene que tratar al paciente, al equipo, con todas las personas con las que se relaciona. El practicum de Curas Especiales tiene sus particularidades, tratan con niños, con mujeres, geriatría, la UCI, salud mental”* (20-COORDCE). d) Para la relación entre profesor y alumno y para el desarrollo del rol profesional. *“La comunicación es entre profesor y alumno, entre el alumno y el equipo, entre el alumno y el usuario, el desarrollo de habilidades de comunicación del alumno en este tema asistencial es básico para que pueda progresar, pueda entenderse, captar lo que*

transmite el profesor, lo que el enfermo y las familias necesitan para que pueda trabajar en equipo, para que pueda desarrollar sus habilidades y competencias, si no hay comunicación es muy difícil. La comunicación bien entendida facilita mucho al alumno el desarrollo de todas las competencias que se desarrollan en el practicum, si falta comunicación siempre se acusa en la evaluación” (17-COORDH).

“Mucha, las habilidades de comunicación no se trata de repetir, se trata de interiorizar, se trata de comprender, se trata de madurar, se trata de que uno crezca individualmente para luego poder ayudar a los demás. Nuestros estudiantes son muy jóvenes cuando empiezan la carrera y posiblemente hayan estado sometidos a pocos problemas relacionales en su vida, en los practicums se encuentran con situaciones reales y a veces no están preparados y hay que prepararlos. Llegará un momento en que posiblemente existirán robots, pero la comunicación, el contacto físico, la comunicación verbal, la no verbal, en esto no nos puede suplir nadie. La enfermera tiene que contextualizar, tiene que saber cuándo tiene que callar, cuando tiene que acompañar, cuando tiene que estar sin hacer nada, lo que tiene que decir... Por todo esto, es importante que vaya madurando que vaya creciendo a lo largo de los estudios de enfermería y del ejercicio profesional. A veces el cuidar a una persona que tiene sufrimiento, que está en una fase terminal de su vida. ¡Es muy difícil aprender todo esto!” (16-COORDI).

Para la profesional de enfermería empleadora, las enfermeras dan menos importancia a los trabajos propios o servicios que dependen de ellas mismas, aludiendo argumentos como la falta de tiempo y priorizan otras tareas que les son delegadas por otros profesionales (médicos). *“Si la enfermería tiene algún...defecto, es que todo lo que depende... y ofrecemos nosotras (confort, comunicación etc.) está en un segundo plano... siempre hay la excusa del exceso de trabajo... son imprescindibles cosas como dar la medicación... pero les damos una importancia superior que a los temas que dependen de nosotras...” (12-EMPLEVILAD).*

En 9 de los 10 profesionales entrevistados que participan de la formación, opinan que la relación de la enfermera con el paciente y la familia es crucial dentro de la profesión, aunque reconocen que en el ejercicio de la práctica, no se pueda generalizar su opinión. *“A veces hay un enfermo y su familia esta angustiada porque nadie les ha explicado nada y el hecho de explicarles cuatro cosas para ellos es muy importante” (13-SUPERCLINIC); “No la dan porque cuando evaluas las habilidades comunicativas entre el alumno, el enfermo y la familia, muchas veces las enfermeras dicen que suponen que sí porque ellas nunca están presentes o no evalúan con la misma intensidad la relación...” (17-COORDH); “Las personas que trabajan con pacientes oncológicos dan más importancia a este tipo de cuestiones. He visto enfermeras que inicialmente daban más importancia a cuestiones técnicas y luego a la comunicación” (18-COORDH); “Cuesta un poco generalizar, pero creo que un profesional competente o que intenta serlo, cuida este aspecto de las relaciones” (19-COORDC).*

Resumen del ámbito privado. En todos los casos, las personas entrevistadas atribuyen gran relevancia a la comunicación en el ámbito privado. La diferencia principal entre pregraduados y el resto de profesionales en ejercicio (incluidos los de categoría postgraduada) se observa en relación con la edad. Los estudiantes al ser más jóvenes, tienen más dificultades para afrontar situaciones nuevas o difíciles para ellos y este aspecto parece resuelto en el caso de los grupos de más edad, postgraduados y profesionales en general. La salvedad sería en el caso de estudiantes con dificultades específicas. En un caso se trata de pronunciamiento verbal, que el estudiante lo afronta como reto personal estresante y en el otro, al tratarse de procedencia de un entorno con conflictos familiares, hay un cierto escepticismo relacional queriendo mostrar no tener una dificultad específica en el ámbito comunicativo, en general. Por otro lado, desde la percepción de profesionales en ejercicio, la comunicación es considerada esencial en la profesión enfermera, en general para brindar una relación de ayuda y cuidados de calidad. Se añade que en opinión de la enfermera empleadora, las enfermeras tienden a infravalorar su propio trabajo en detrimento del trabajo delegado por el médico, argumentando falta de tiempo.

La comunicación en el sistema sanitario a partir de la experiencia vivida (como usuario, paciente, acompañante)

Se establece una única categoría de informantes (no se diferencian entre estudiantes y profesionales) a partir de la experiencia vivida como consultantes del sistema sanitario, ya fuera en modalidad de pacientes o de acompañantes.

Estudiantes y Profesionales

De 21 caso entrevistado, 14 sujetos (66%), habían estado hospitalizados como mínimo una vez y los 7 restantes no (34%), no. Si además de la hospitalización propia, la pregunta se amplía a la modalidad de acompañante, ya sea en el hospital o en el Centro de Atención Primaria (CAP), de las 21 entrevistas, solo un estudiante (6-ECEBELL) dio una respuesta negativa. El resto de entrevistados (95,23%) ha vivido la experiencia en alguna de las modalidades interrogadas: acudir a un centro asistencial por causa propia o de acompañante. Más de la mitad de los entrevistados (13 casos o el 62%) aprecian que la relación asistencial con los profesionales no es la deseable. *“Las experiencias en hospitalizaciones han sido buenas, pero puedo ser más crítica en las visitas como acompañante. Los profesionales sanitarios hacen lo que tienen que hacer y se van, no hay un trato personal y directo con el paciente ni con la familia, a esta la consideran más un estorbo que una ayuda”* (1-EIVILAD); *“Algunas veces muy buenas, otras ha sido más distante. La comunicación no está protocolizada”* (17-COORDH); *“He encontrado profesionales formidables y otros que tendrían que empezar con el “a, b, c” porque no tienen ni idea de lo que significa relacionarse con el paciente”* (19-COORDC); *“La percepción es variada, he visto como me trataban con respeto y otras veces como nos han tratado como niños. Algunas veces sin dar explicaciones, con prepotencia y esto me ha molestado, lo encuentro ofensivo”* (20-COORDCE); *“Las relaciones han sido cordiales pero distantes, van a cosa hecha, no se entretienen a hablar con el paciente o con los familiares”* (21-COORDCE). La mitad de informantes estudiantes ha tenido experiencias negativas: *“Por mi experiencia la comunicación ha sido muy mala”* (4-EHDIR); *“En mi experiencia la comunicación fue nula, en ningún momento se nos prestó atención y nos sentimos ignorados”* (5-ECEMATER); *“En la atención primaria somos un número y creo que en el hospital también”* (8-EDRHBELL).

De los 7 casos que nunca han sido hospitalizados, 4 han tenido percepciones positivas en general, y 3 casos no han experimentado ninguna vivencia asistencial en particular. De los 21 casos entrevistados, 18 refieren aspectos más bien negativos o muy negativos en el caso de que la comunicación no haya sido la adecuada en el ámbito asistencial. *“He tenido la sensación de que solo importa la enfermedad, no se tienen en cuenta los demás factores, las vivencias y el trauma que supone muchas veces para el paciente y la familia conocer el diagnóstico y el tratamiento. A veces tienes la sensación de que tienes que sacar la información al médico, parece que ellos no tengan ninguna intención de dar explicaciones. En cuanto a enfermería, sales con la sensación de que no tienen tiempo para la comunicación, como si fuera una pérdida de tiempo y si se puede evitar, se evita”* (1-EIVILAD); *“Me sentí molesto porque la relación fue poco atenta, poco interesada. La atención es deficiente, no están atentos con el cliente”* (2-EIVILAD); *“Un poco estafado, aparcaron al enfermo y se desentendieron absolutamente”* (4-EHDIR); *“En nuestra carrera nos enseñan a ser personas, pero..... Son cosas que nos exigen pero ves que en la práctica no existen”* (5-ECEMATER); *“En la atención primaria somos un número y creo que en el hospital también”* (8-EDRHBELL); *“En los hospitales hay muy poca comunicación con los pacientes y los familiares”* (10-POSTCLINIC); *“Pienso que falta comunicación con el paciente”* (11-POSTOSONA); *“Me sentí muy mal de ver cómo nos trataban y porque en un futuro yo no quiero ser como estas personas, pienso que me puede ayudar a mejorar....”* (10-POSTCLINIC); *“Sí, a veces no nos damos cuenta y hay personas que te riñen y parece que estén enfadados. Te sientes defraudada, piensas que por qué te hablan de esta manera si yo no tengo ninguna culpa”* (12-EMPLEVILAD); *“No hay comunicación entre el personal sanitario, también depende de los turnos. Todo esto cuando uno se encuentra mal no ayuda en absoluto”* (13-SUPERCLINIC); *“Cuando fui de acompañante de mi padre, vi que falta proximidad, cordialidad, explicar las cosas. Esto a veces falla y te sientes fatal”* (14-ENFDIR); *“Me gustaría que se estableciera otro tipo de relación menos fría”* (21-COORDCE). *“Me he molestado y*

enfadado, me he esperado a que se marchara la enfermera y viniera otra” (16-COORDI); “Mal tratado como persona” (17-COORDH); “Fatal.” (19-COORDC); “Me ha molestado. Lo he encontrado ofensivo” (20-COORDCE); Sin embargo, se atribuyen también causas a la presión asistencial y a la modalidad de paciente: “A veces cuando la comunicación no es buena tienes la sensación de que tanto médicos como enfermeras están bajo una presión muy fuerte” (15-ENFESANT); “También hay pacientes que son muy mal educados”(15-ENFESANT).

Resumen de la experiencia comunicativa vivida en el sistema sanitario como usuario, paciente, acompañante. Las experiencias han sido mixtas, aunque en general la percepción es negativa cuando no se ha obtenido la respuesta esperada. También hay estudiantes que refieren no haber vivido este tipo de experiencias.

La comunicación asistencial con el paciente y familia durante las prácticas

Este apartado busca conocer las percepciones de los estudiantes durante sus prácticas, y contrastarlas con el punto de vista de profesionales asistenciales, docentes y coordinadoras del practicum. En general, los estudiantes son críticos con la comunicación llevada a cabo entre la enfermera, el paciente y su familia por falta de dedicación y de brindarles información. La relación con pacientes graves, refieren los estudiantes que les ha generado inseguridad. Tanto las profesionales asistenciales como docentes, consideran que el estudiante se relaciona poco con el paciente, especialmente en casos de gravedad y lo mismo sucede en el caso de sus familias.

Estudiantes

La totalidad de estudiantes da una importancia fundamental a la comunicación en esta profesión. Se expresan en términos como: *“Es muy importante, es básico...” (1-EIVILAD). “Un elemento fundamental...” (2-EIVILAD). “Es muy importante... si te tratan como un cero a la izquierda tú no puedes hacer nada...” (3-EHBELL). “Es lo básico...” (4-EHDIR). “Es vital...” (5-ECEMATER). “...si no te comunicas no haces nada” (6-ECEBELL). “Tenemos que confortar a la familia...” (7-EDRHCLINIC). “... si no hay comunicación, hay una gran descoordinación...” (8-EDRHBELL). “Es lo más importante...” (9-EDRHBELL). “Muchísima, tanto con el enfermo como con la familia...” (10-POSTCLINIC) “Es básica”(11-POSTOSONA)*

En cuanto a los motivos por los que se atribuye esta importancia a la comunicación, para los estudiantes en general -y sin ninguna excepción- es para conocer al paciente, poder darle tranquilidad y poderle cuidar acorde con sus necesidades. También se considera importante para que el equipo recopile información. Además, para los postgraduados que trabajan se puede aprender mucho de los pacientes y finalmente le atribuyen un papel esencial para acompañar en la vida y en la muerte. En cuanto a la familia, en los entrevistados se le da mucha importancia, pero se la cita menos. *“Damos por supuesto lo que el paciente quiere, creo que es una actitud equivocada, tenemos que hablar, escuchar y esto nos ayudara a dar unos cuidados de calidad” (1-EIVILAD); “Porque te permite conocer al paciente y que él te conozca a ti y fomentar una relación de confianza porque si no nuestra labor se reduce a suministrar pastillas” (2-EIVILAD); “Es lo más importante, tienes que establecer una relación de confianza para que estén tranquilos” (9-EDRHBELL); “No solo es un paciente ingresado por un tumor, es una persona con una patología y una serie de circunstancias en su vida, es importante hablar con ellos y puedes aprender mucho” (10-POSTCLINIC); “La comunicación juega un papel esencial, ya sea para acompañar a la persona en el momento de morir o en el momento de una intervención. La comunicación es la última herramienta para contactar con el paciente” (11- POSTOSONA).*

La comunicación con el paciente y familia durante las prácticas, según la percepción de los propios estudiantes, es que se habla poco con el paciente, y el paciente puede irse de alta muy desinformado y cómo sus familiares temen preguntar (especialmente a los médicos). La comunicación, queda “para cuando sobra tiempo”. En general, reconocen comunicarse mejor en

su segundo año de practicum, aunque también hay alguna excepción que no ve variación. Hay estudiantes que mencionan comunicarse mejor con el paciente que con la enfermera. Los postgraduados se muestran menos críticos y parece que, en general, tienen un buen recuerdo de sus prácticas. *"... A veces creemos que somos máquinas de administrar medicamentos, que es nuestro rol, la comunicación queda para cuando sobra tiempo"* (1-EIVILAD). *"Me ha costado, en general ha funcionado con mucho respeto, me hubiera gustado que hubiera existido un poco más de proximidad y haber sido más cálido con ellos"* (2-EIVILAD). *"La convivencia con las enfermeras ha sido variada, unas me han ayudado pero con otras no ha habido comunicación, ves como el paciente se va sin saber lo que ha tenido, no sabe lo que le han hecho ni los papeles que le han dado. Yo todavía no me sentía profesional, iba detrás de la enfermera pero me daba cuenta de las dudas y los miedos de la gente y de la falta de comunicación e información. La gente tiene miedo a preguntar a los médicos"* (5-ECEMATER). *"Con los pacientes soy mucho más abierta que con las enfermeras"* (9-EDRHHELL). *"En general muy bien"*(11-POSTOSONA).

Se constata que los estudiantes entrevistados se han relacionado con diversas tipologías de pacientes, inclusive afectados de patologías graves diversas, como afectados de cardiología, oncología, hepatología, etc. y en consecuencia en situación de riesgo vital: *"Muchos trasplantes hepáticos"* (7-EDRHCLINIC); *"Pacientes con dolor que son muy angustiados porque no puedes hacer gran cosa por ellos"* (8-EDRHHELL); *"Muchos cánceres"* (9-EDRHHELL); *"Cánceres, en coma con tumores"* (10-POSTCLINIC). Y en general, de forma contundente no manifiestan haber acusado déficit de habilidades relacionales para comunicarse con estos pacientes, aunque de los 11 casos, 4 indican no haberlo resuelto muy fácilmente. En sus respuestas aparecen expresiones como falta de confianza, excusas, miedo, falta de implicación, falta de tiempo, no saber lo que necesitan, falta de experiencia y conocimiento, situación que parece extensible al caso de la familia. También se detecta la falta de modelos de referencia por parte de profesionales en ejercicio. *"Si tengo que ser sincera te diré que **evitaba la situación**, creo que he evolucionado"* (8-EDRHHELL). *"En el caso de la UCI había pocos momentos que pudieras comunicarte con los pacientes pues estaban semiinconscientes, no sabes si lo vas a ayudar o será un inconveniente, no sabes aún, estas experimentando"*(11-POSTOSONA).

No obstante, la comunicación con estos pacientes graves les ha generado inseguridad, indicando haber resuelto la situación como han podido. Los postgraduados, son más autocríticos y reconocen su falta de formación, que "todavía perdura" (10-POSTCLINIC) según manifiesta una ex-alumna, que indica haber contrastado su opinión con otras compañeras, que están de acuerdo con ella. *"No lo sé, creo que sí, es difícil entenderse con gente joven en estas circunstancias que tienen próxima la muerte y esto cuesta de asimilar y se hace como una barrera"* (4-EHDIR); *"Yo creo que sí, les pregunto cómo se encuentran, no me meto en más cosas"* (6-ECEBELL); *"Yo creo que sí, estamos supeditados a lo que la enfermera en este momento considere y quizás por esto me he sentido un poco más cohibida"* (9-EDRHHELL); *"Yo creo que sí. Tampoco nos enseñan en la universidad como comunicarnos con un paciente en coma, no te enseñan a comunicarte con él, ni con la familia, te enseñan a hacerle unas curas, pero no te enseñan a comunicarte, ni los temas que puedes hablar con él, ni de qué manera.... Este es el problema que encontré en prácticas y todavía ahora es difícil. Esta es una dificultad que creo llevaré toda la vida y compañeras con las que hablo veo que sienten lo mismo. Al no tener unas pautas, yo les hablo de lo que a mí me parece oportuno, más que nada para estimularles"* (10-POSTCLINIC); *"Adecuada en la medida de mis posibilidades y conocimientos de entonces, ahora en estos momentos puedo pensar que no"*(11-POSTOSONA).

La sensación que tienen es que han podido dejar de decirles cosas importantes a estos pacientes: *"A veces te queda la sensación de no saber si lo estás haciendo bien..."* (1-EIVILAD). *"Siempre se quedan cosas en el tintero"* (4-EHDIR); *"No nos implicamos.....la responsabilidad es de la enfermera... cuando nosotras lo seamos, ya veremos"* (7-EDRHCLINIC); *"Mientras estás haciéndoles algo.... pero aparte no dispones de tiempo para charlar"* (8-EDRHHELL). *"Quizás podrías tranquilizarlos un poco, pero en aquel momento no sabes"* (9-EDRHHELL); *"Posiblemente hubiera podido hacer más si hubiera tenido más experiencia y más conocimiento"* (11-POSTOSONA).

En resumen, en prácticamente todos los casos (10 casos de 11) se detecta inseguridad, en parte propia de su período formativo, aunque a partir de sus expresiones, se deduce un "vacío" formativo por falta de modelos de referencia concretos. Las causas a las que atribuyen esta inseguridad se deben en parte a su falta de experiencia, aunque también citan falta de conocimientos y referentes claros de cómo actuar: *"Yo no tenía la confianza para hacerlo"* (2-EIVILAD); *"A veces nos buscamos excusas, dices –dentro de un momento vuelvo, e igual pasan dos horas-"* (4-EHDIR); *"Tengo miedo de que la persona se vaya a derrumbar"* (6-ECEBELL); *"Muchas veces es porque no nos implicamos"* (7-EDRHCLINIC); *"Muchas veces es por la falta de tiempo"* (8-EDRHBELL); *"Quizás ellos necesitaban otra cosa que yo tampoco sé lo que es"* (9-EDRHBELL); *"A veces tienes miedo de intimar demasiado"* (10-POSTCLINIC); *"Muchas veces te falta la experiencia y el conocimiento"* (11-POSTOSONA).

Con las familias la relación es similar a la de los pacientes, de inseguridad importante, aunque hay estudiantes que se desenvuelven algo mejor, al no tratar con la persona enferma directamente. Sin embargo, esto no es generalizable, dado que también hay quien parece que no se atreve, como sucede con el propio enfermo: *"A las familias quizás les ha faltado un poco de soporte, pero una vez ha fallecido el paciente tú no puedes dar soporte extra hospitalario"* (5-ECEMATER); *"No he hablado, cuando el paciente está con la familia procuro no molestar, solo les comento un poco"* (6-ECEBELL); *"Con la que te da pie, si que te relacionas"* (8-EDRHBELL).

Profesionales

En la cuanto a la opinión de profesionales sobre la relación de los estudiantes con el enfermo, indican percibir una cierta inseguridad, timidez, evitación, poca iniciativa, etc. Mejora en el transcurso del tiempo y el avance de las prácticas. No obstante, advierten excepciones, dependiendo de los mismos alumnos y de la duración de algunos practicums. Indican que las valoraciones, en general, son buenas -o al menos- relativamente buenas: *"Yo creo que **evitan** el contacto directo, mantienen una distancia que yo atribuyo a un problema de inseguridad, depende de la personalidad de cada uno"* (12-EMPLEVILAD); *"Pienso que se comunican, pero yo pienso que tendrían que hacerlo un poco más, hablan cuando es el enfermo que les pregunta pero a ellos les cuesta mucho tomar la iniciativa"* (13-SUPERCLINIC); *"En general son prudentes y van cogiendo confianza a medida que va pasando el tiempo sin extralimitarse"* (14-ENFDIR); *"Con **mucho miedo**, con mucha timidez, a veces sin saber que decir"* (16-COORDI); *"Hacen un esfuerzo para entender la situación que hay allí e intentan aplicar los recursos que pueden. Nuestro practicum es muy corto y hay poco tiempo para poder desarrollar habilidades"* (21-COORDCE).

En cuanto a la relación de los estudiantes con las familias, el punto de vista de las profesionales entrevistadas es muy dispar. Según la profesional entrevistada, los estudiantes pueden relacionarse con las familias menos, o más, o igual que con los pacientes. Las profesionales docentes reconocen que, *en general, **el alumno no está preparado para relacionarse con la familia***, aunque con el tiempo, puede conseguir una buena relación con los familiares. *"Puedo tener la impresión de que si evitan el contacto con el enfermo, con la familia debe ser lo mismo"* (12-EMPLEVILAD); *"Lo mismo, es igual"* (15-ENFESANT); *"Un poco más fácil porque a la familia no le tienen que hacer nada en concreto, no le tienen que aplicar ninguna técnica, pero también con mucho miedo y con timidez"* (16-COORDI); *"Se comunican menos con la familia. Cuando lees los planes de cuidados, en cuanto a la familia, los datos que mayoritariamente aportan son de si estos están presentes o no, de si apoyan al paciente o no, pero en cambio no aportan datos de las necesidades de la familia, de las necesidades de cuidados que tiene la familia"* (17-COORDH); *"Yo creo que con el paciente se manejan mejor que con la familia, la familia a veces es agresiva y al estudiante le faltan estas herramientas personales, quizás a nivel teórico tienen los conocimientos pero le cuesta aplicarlo en este momento"* (19-COORDCE).

Sobre la consideración de si la relación que brindan los estudiantes es la adecuada, se recogen dos grupos de respuestas: a) se podría o debería mejorar y b) está bastante bien, o correcta, o adecuada). a) se comunican poco, se podría o debería mejorar: *"Se comunican poco con la*

familia" (17-COORDH); "Se podría mejorar" (21-COORDCE); "Les falta un poco más de comunicación, tendrían que trabajarla más" (13-SUPERCLINIC); b) está bastante bien, o correcta, o adecuada: "En general yo creo que lo hacen bastante bien" (14-ENFDIR). "Yo creo que sí" (19-COORDCE). "Yo creo que es correcta, que se relacionan bien" (20-COORDCE). Con los pacientes graves, según los profesionales, la interrelación con el estudiante empeora, no saben que decir, se bloquean, están desconcertados, huyen, etc. y si el paciente se muere, pueden llorar y estar mal unos días. En suma, la gravedad del paciente les impacta sobrepasándolos, precisando más del soporte de la enfermera para aplicar los recursos de que disponen: "Empeora porque no saben qué decir y empeora incluso con el personal. A la gente no se nos educa ni se nos forma para hablar con los enfermos y procuras estar el menos tiempo posible. No es el enfermo el que habla, entonces los estudiantes se limitan a cumplir con su obligación y ya está" (13-SUPERCLINIC); "**empeora siempre**, no han visto a una persona pasarlo mal y a veces estas situaciones les superan. Cuando el enfermo empeora la relación también empeora ya que se bloquean" (14-ENFDIR); "Empeora, no lo saben afrontar, no saben qué decir, estamos hablando del primer prácticum no saben tener una comunicación no verbal, cuando se les muere un paciente lloran, están mal durante unos días" (15- ENFESANT); "**lo afrontan como lo hacen las enfermeras, a veces sin pasar por la habitación, a veces pasando pero hablando poco, no es fácil para un alumno que empieza**" (16-COORDI); "He visto que al alumno le da más miedo comunicarse con estas personas, no sabe qué decir, si la enfermera le ayuda el alumno será capaz de hacerlo" (17-COORDH); "Normalmente **el alumno imita lo que hacen los profesionales**. Un alumno se preguntaba si el paciente se daría cuenta de la pena que sentíamos porque se estaba muriendo, otro alumno se sentía liberado porque este paciente no pertenecía a su enfermero ya que de lo contrario no hubiera sabido que hacer" (18-COORDH); "Empeora porque se sienten un poco sobrepasados, también es cierto que existen estudiantes que por su historia personal tienen más capacidad de afrontar una situación de este tipo" (19-COORDCE); "La gravedad les impacta más, suelen ir más a preguntar al profesional sobre lo que pueden o no pueden hacer" (20-COORDCE); "En un principio entran en un estado de desconcierto e intentan aplicar los recursos que tienen"(21-COORDCE).

En cuanto a la actuación de los estudiantes cuando los pacientes mueren, la mayoría de profesionales formadores (asistenciales y docentes) reconoce que los estudiantes no llevan bien el abordaje de la muerte de los pacientes, afectándoles mucho, con llanto y tristeza e incluso alterándoles el sueño. A veces esta situación dramática, puede darse delante del paciente y la familia: "Muchas veces lo sienten mucho porque se han volcado con el paciente que estaban cuidando y les ha afectado, quizás porque son los primeros casos. A unos les afecta más que a otros," (13-SUPERCLINIC); "Hay algunos que incluso se plantean si es esto lo que quieren hacer, la mayoría no lo lleva bien, se lo toman muy a pecho ya que un paciente que han cuidado durante una semana y se les muere parece que lo hayan conocido desde hace muchos años, es una sensación extraña que a mí me choca que lo sientan tanto" (15-ENFESANT); "Hay de todo, hay estudiantes que sencillamente intentan asumirlo como pueden y hay estudiantes que les cuesta mucho, lloran o a veces están como muy serios y tristes, depende también de la enfermera que tengan como tutora" (16-COORDI); "La muerte en el hospital es vivida mal por los alumnos, dicen que no están preparados para vivir estas situaciones, otros dicen que sí, lo viven como una situación de impacto que se llevan a casa varios días y ven que estas cosas pasan. Estas respuestas del alumno al principio son bastante dramáticas ya que se ponen a llorar delante de la familia, delante del enfermo, tener que salir de la habitación, no poder dormir por la noche. Esto se aborda haciendo seminarios e incluso hemos pensado de trabajar con los alumnos y la psicóloga" (17-COORDH); "Pasan por un proceso que les afecta mucho, algunos sienten pena, otros lloran, otros no pueden dormir por la noche, sienten la necesidad de hablarlo con los compañeros o con los amigos" (21-COORDCE). En otros casos la respuesta es más fría, intentando aprender de las enfermeras del servicio: "Hay alumnos que reaccionan de un forma muy fría, como si no fuera con ellos. En otros casos... van mirando lo que hacen los profesionales y... van aprendiendo" (18-COORDH). En resumen no parece que la muerte de un paciente, sea nada fácil de afrontar y manejar para los estudiantes.

En cuanto a la relación de los estudiantes con las familias de los enfermos fallecidos, los profesionales asistenciales en su mayoría, reconocen que en estos casos, el estudiante se limita

a acompañar a la enfermera y se quedan callados: *“Es la enfermera la que habla y ellos la acompañan”* (13-SUPERCLINIC); *“Piensan que es cosa de la enfermera y se quedan callados”* (15-ENFESANT); *“Entienden que muera una persona mayor, pero una persona de 16 años les es difícil de aguantar. Un alumno quiso ocuparse de un paciente que llevaba en coma más de un año, como la familia no estaba presente, pidió para quedarse con él para que no muriera solo. La coordinadora dijo que no pensaba que se iba a morir de inmediato y que a ella no le tocaba asumir este papel, esto la alumna lo vivió muy mal”* (18-COORDH).

Las *profesionales docentes* (especialmente Coordinadoras), reconocen que el alumno, ni en general, ni en estos casos, está preparado para relacionarse con la familia, aunque indican que con el tiempo, puede conseguir buena relación con los familiares: *“El estudiante se siente cohibido delante de situaciones de este tipo, con la familia y en general, no sabe muy bien cómo tratarlo, no sabe qué decir. Por esto es muy importante el modelo que las enfermeras les pueden ofrecer”* (20-COORDCE); *“Tienen poca relación con la familia”* (21-COORDCE). Aquí habría que añadir que en el practicum Introdutorio, al ser el primero para el estudiante, esta falta de afrontamiento se considera más propia, cosa distinta a los practicums siguientes, donde el estudiante ya tiene más experiencia práctica y formativa. En resumen la relación de los estudiantes con las familias de los pacientes, en general, no parece considerarse una situación muy resuelta para los estudiantes.

Acerca de la pregunta: Si la comunicación, las habilidades relacionales o la forma de relacionarse los alumnos con los enfermos (especialmente los graves) y sus familias no es la adecuada ¿Que les haría falta a estos estudiantes?, la mayoría (6 casos de 10) profesionales formadores (asistenciales y docentes) reconoce para los estudiantes la necesidad de desarrollar estrategias, pautas, saber cómo comportarse en estos casos, y el resto se refiere a aspectos inherentes a la juventud y periodo de aprendizaje, así como falta de tiempo: *“Iría muy bien desarrollar estrategias de cómo comportarse, unas pautas”* (13-SUPERCLINIC); *“Tendríamos que ponerlos en algunas situaciones antes de venir aquí, como si fuese un teatro. Es importante que traigan la teoría bien aprendida, que sepan que la gente muere, que esto pasa”* (14- ENFDIR); *“No estaría mal hacer un taller de comunicación, una persona que haga de paciente terminal y que los estudiantes vayan pasando por estos talleres. La comunicación no verbal la desconocen, estaría bien que hicieran simulaciones”* (15-ENFESANT); *“Yo creo que les faltan habilidades, me pregunto si es porque no les han dado clases o seminarios para que las puedan tener, o porque una cosa es lo teórico y otra lo práctico, y quizás haría falta alguien que les reforzara esta parte o quizás es que son muy jóvenes”* (16-COORDI); *“Preparación sobre temas de comunicación,...un programa más amplio, seminarios, abordaje de casos, discutir sobre las vivencias de los alumnos o cómo reaccionar ante estos casos. El profesor tiene que tutelar estos aspectos”* (17-COORDH); *“Quizás pondría a los estudiantes en distintas situaciones, como de laboratorio en los cuales el estudiante tuviera que enfrentarse a un rol- playing donde tuviera que comunicarse a diferentes niveles”* (19-COORDCE); *“Hacer sesiones o seminarios complementarios sobre estos temas. Esto iría bien no solo a los alumnos sino también a los profesionales para que sepan cómo pueden manejar todo esto”* (20-COORDCE); Las entrevistadas con una expresión menos crítica que las anteriores, refieren *“falta de experiencia y propio aprendizaje”* (12-EMPLEVILAD); *“falta la experiencia...a causa de su juventud”* (18-COORDH); *“...no hay tiempo de trabajar estos aspectos”*(21-COORDCE).

En suma, la mayoría de profesionales entrevistadas, *sugieren formar a los estudiantes* en temas de comunicación y en concreto en la situación de gravedad y proximidad de la muerte, con mayor dedicación en tiempo y programa específico y más amplio, así como métodos de enseñanza más vivenciales e interactivos del tipo role playing o simulaciones, talleres vivenciales, seminarios de reflexión, modelados, seminarios de abordaje de casos, discutir vivencias, modelos de actuación, formas de reacción, tutelaje, pautas para desarrollar estrategias de cómo comportarse. Se agrega que esta formación también sería de utilidad para los/las profesionales. En suma, dan a entender ampliamente los déficits formativos detectados en los estudiantes a la hora de relacionarse con los pacientes y sus familias y también entre los/las informantes hay quien reconoce los propios límites en el mismo sentido.

Sobre la *mejor manera de facilitar la ayuda necesaria a los estudiantes*, la gran mayoría (9 casos de 10) de profesionales, opina de nuevo, que sería necesaria una dedicación más intensa o bien complementaria en temas relacionados con la gravedad y la muerte de los pacientes. La forma de facilitar esta ayuda sugieren que sería en forma de: *"Sería interesante darles unas pautas"* (13-SUPERCLINIC); *"Ponerlos en algunas situaciones antes de venir aquí, como si fuese un teatro"* (14-ENFDIR); *"Que hicieran simulaciones"* (15-ENFESANT); *"Las unidades de enfermería deberían tener un profesional que se ocupara más de ellos, la enfermera va muy sobrecargada de trabajo. Otro aspecto que yo pienso que sería bueno es que profesores que conozcan este tema deberían hacer seminarios periódicos ahondando en estas situaciones sobre todo en el primer practicum, posiblemente es un momento muy adecuado para que el alumno aprenda a cómo afrontar próximas situaciones"* (16-COORDI); *"Tendría que haber un programa más amplio, seminarios, abordaje de casos, discutir sobre las vivencias de los alumnos o cómo reaccionar ante estos casos. El profesor tiene que tutelar estos aspectos"* (17- COORDH); *"En los seminarios estamos viviendo situaciones de duelo y... el alumno no lo recoge, es como si le hablases de Pernambuco"* (18-COORDH); *"Pondría a los estudiantes en distintas situaciones, como de laboratorio, un rol-playing"* (19-COORDCE); *"Les iría bien hacer sesiones o seminarios complementarios sobre estos temas. Esto iría bien no solo a los alumnos sino también a los profesionales para que sepan cómo pueden manejar todo esto"* (20- COORDCE); *"Seminarios de reflexión donde ellos pudieran explicar lo que pasa, los problemas que se encuentran en la comunicación con los pacientes, una persona experta en temas de comunicación, esto haría que mejoraran estos aspectos que están poco trabajados"* (21- COORDCE).

Finalmente, la profesional empleadora más una coordinadora del practicum que ya ha opinado anteriormente, indican que la ayuda a los estudiantes debería venirles por su aprendizaje y una ayuda profesional específica: *"Harán su propio aprendizaje"* (12-EMPLEVILAD); *"Las unidades de enfermería deberían tener un profesional que se ocupara más de ellos, la enfermera va muy sobrecargada de trabajo. Otro aspecto que yo pienso que sería bueno, es que profesores que conozcan este tema, deberían hacer seminarios periódicos, ahondando en estas situaciones, sobre todo en el primer practicum. Posiblemente es un momento muy adecuado para que el alumno aprenda a cómo afrontar próximas situaciones"* (16-COORDI). En resumen, la mayoría de profesionales sugiere formación específica en comunicación a base de mayor dedicación, dedicación específica y nuevos métodos de enseñanza (role playing, talleres vivenciales, seminarios de reflexión, etc.), como han respondido anteriormente.

En cuanto a las características de algún alumno ejemplar, la mayoría de profesionales formadores ha tenido algún tipo de referencia directa o indirecta de alumnos ejemplares, salvo tres excepciones que tienen menos contacto regular con estudiantes por su tipo de cargo (coordinación y supervisión). En general, la identificación de dichas características están muy emparentadas con la comunicación y habilidades relacionales, etc. como por ejemplo: alumno muy humano, empático, buen comunicador, buen feedback con el paciente, buen observador de la expresión del paciente, actitud abierta y positiva para aprender. *"Son muy humanos, tienen la capacidad de ponerse en lugar de los otros"* (17-COORDH); *"Es una buena comunicadora, conecta muy bien con el paciente y seguro es una buena alumna"* (18-COORDH); *"Eran estudiantes que sabían, sabían recoger y devolver lo que el paciente les decía"* (19-COORDCE); *"Tenía una actitud muy abierta y positiva para aprender"* (20-COORDCE); *"Se fijaba mucho en lo que expresaba el paciente"* (21-COORDCE).

Sobre la respuesta de colapso de un estudiante ante la gravedad de un paciente, de los 10 entrevistados en este apartado, 9 casos (casos de 12 a 20) se han encontrado con algún tipo de reacción especial de dificultad de un estudiante ante un paciente en estado grave. Delante de algún paciente que haya muerto, de 10 casos entrevistados, la mitad (5 casos) recuerda algún caso de algún alumno que ha tenido problemas al fallecer un paciente. De estos cinco casos, tres son enfermeras asistenciales (supervisora, enfermera y profesora tutora), que permanecen más horas junto al alumno y responden a la pregunta en plural, por lo que se interpreta que se han encontrado con varios casos de estudiantes con problemas ante pacientes fallecidos. Los otros dos casos, se tratan de profesoras coordinadoras del practicum: *"Sí, desesperarse, llorar como si se hubiera muerto su padre, les dices que corran a buscar algo a*

alguien y se quedan parados sin saber qué hacer” (14-ENFDIR); “Sí, una alumna que no tolera que el paciente esté en situación crítica, se queda bloqueada y durante su turno está como desorientada” (16-COORDI); “Sí, hay alumnos que se colapsan y lo pasan mal” (18-COORDH); “No con un paciente grave, pero sí con un paciente habitual, se ha colapsado. Deducimos que es una persona muy tímida que tenía muchos problemas para relacionarse” (19-COORDCE). Y sobre este mismo tipo de respuesta (colapso) ante un enfermo que haya muerto: “Sí, a veces tienen que salir de la habitación” (13-SUPERCLINIC); “Sí, porque no han visto antes morir a nadie y la falta de experiencia les lleva a bloquearse” (14-ENFDIR); “También, varios” (15-ENFSANT); “Sí, hay alumnos que se colapsan y lo pasan mal” (18-COORDH).

Los acontecimientos vitales de los propios alumnos (por ejemplo la muerte de algún familiar), pueden influenciar en su forma de relacionarse con el paciente. Las observaciones que exponen las entrevistadas, indican que les pueden cohibir o bien poderles aproximar más al paciente y a su problema: *“Solo he visto que a los alumnos que les ha pasado algo parecido, se sienten mucho más próximos a la persona que está viviendo esta situación” (13-SUPERCLINIC); “Si a veces lo viven muy mal” (14-ENFDIR); “Sí, esto les cohibe sobre todo delante de enfermos con cáncer.” (15-ENFESANT); “Yo creo que sí, hemos tenido varios casos” (19-COORDCE); “Sí, y el cómo lo han procesado con la familia influye en las prácticas” (20-COORDCE); “Totalmente” (21-COORDCE).*

Sobre las particularidades de los alumnos que se relacionan peor, la agrupación de las respuestas una vez clasificadas indica que los alumnos con menor aceptación relacional acostumbran a tener comportamientos faltos de límites, en ocasiones actitud “muy segura” y lo contrario, relacionados con comportamientos tímidos, autodefensivos y “muy inseguros”. Por ejemplo son estudiantes que con paciente y familia y el equipo, pueden actuar con falta de humildad, falta de respeto, tuteo al entorno en general, falta de interés por aprender y poca adaptación. En el sentido opuesto, comportamientos tímidos, pueden mostrarse auto-defensivos o actitud “muy insegura” o de ignorancia. a) Comportamientos faltos de límites o actitud “muy segura”: *“No sé qué es peor si los que no hablan o los que hablan demasiado” (14-ENFDIR); “Les falta un poco de humildad y de respeto tanto con el paciente, la familia o al equipo, les tienen que llamar de usted y siempre les llaman de tu,” (15-ENFESANT); “Es muy difícil establecer los límites entre una relación profesional y una de amistad y ellos muchas veces no los tienen claros” (16-COORDI); “Suelen ser personas que creen que les queda poco por aprender, a veces influye la personalidad, poca capacidad de adaptación” (20-COORDCE).*

b) Comportamientos tímidos, autodefensivos o actitud “muy insegura”. *“Adoptan una actitud de ignorancia o de autodefensa” (12-EMPLEVILAD); “Sí, los tímidos tienen más dificultad en la relación, yo creo que una cosa es la timidez y la otra, la comunicación. Tenemos que ir con cuidado en etiquetar al alumno tímido, esto es un defecto de la evaluación y no tiene por qué ser así” (17-COORDH); “Yo creo que muchas personas que no se comunican bien han tenido muchos problemas, o que no se les haya mostrado afecto, tienen más problemas porque les falta el modelo” (19-COORDCE).*

En cuanto a los alumnos que se relacionan mejor, según las respuestas obtenidas reunirían características relacionadas con habilidades de comunicación y también con otros factores relacionados con la personalidad. En relación con la comunicación: son tranquilos, saben escuchar, saben pedir ayuda a la enfermera y solucionar el problema, al haber trabajado son buenos en comunicación, tienen habilidades de comunicación. Otros aspectos es que son personas muy “rectas”, saben estar, tienen conocimiento, sensibilidad más elevada. Características relacionadas con la comunicación: *“Son tranquilos, saben escuchar que es lo principal y saben que cuando no están capacitados tienen que acudir a la enfermera y solucionar el problema...” (14-ENFDIR); “Saben escuchar y esto es fantástico” (15-ENFESANT); “Muchas veces influye el que ya trabajan y son muy buenos porque son buenas en comunicación” (16-COORDI). “Las habilidades de comunicación, seguro que hay algo innato pero se aprende, se puede enseñar” (20-COORDCE). Otros aspectos: “Son personas muy rectas” (12-EMPLEVILAD); “No, algunos se relacionan mejor y solo es a nivel superficial, esto se ve en la recogida de datos, no son capaces de que el paciente les explique cosas” (17-COORDH). “Son alumnas que saben estar, que tienen un conocimiento y se relacionan perfectamente” (18-COORDH). “Tienen un grado de sensibilidad más elevado” (19-COORDCE).*

Como cuestiones a añadir, las 4 entrevistadas insisten en la falta de tiempo como factor para la escucha y recibir apoyo y otro trato de las enfermeras: *“Yo diría que son pocas horas comparado a cuando nosotras hacíamos prácticas. El alumno parece que tiene más interés en aprobar la asignatura que en el periodo de prácticas”* (12-EMPLEVILAD). *“Lo único que a veces parece que no hay tiempo para escuchar, ya que esto no parece trabajo, es triste, a veces me he dado pena de mí misma cuando un paciente me ha dicho “por favor ves despacio que no me encuentro bien” y yo no tengo tiempo. No sé qué es peor si los que no hablan o los que hablan demasiado”* (14-ENFDIR). *Tendrían que tener durante su aprendizaje un apoyo muy importante por parte de los profesionales que están con ellos o de los profesores, y muchas veces se encuentran muy solos”* (16-COORDI). *“Las enfermeras que tratan a los estudiantes como adultos, en algunas ocasiones los tratan como a niños y esto les sienta mal”* (20-COORDCE).

Resumen de la comunicación asistencial con el paciente y familia durante las prácticas. En general los estudiantes interpretan de forma coherente la relevancia que tiene la comunicación para el cuidado, tanto desde el punto de vista evaluativo de las necesidades del paciente, como para que la enfermera le proporcione ayuda y tranquilidad. Sin embargo, son muy críticos con la percepción del entorno acerca de este tema, en especial con pacientes graves y sus familias, ya que consideran que pueden irse muy poco informados y que la comunicación es “para cuando queda tiempo”. Sus propias dificultades con este tipo de pacientes y familias las reconocen como inseguridad. Por parte de profesionales, la percepción acerca de la comunicación del estudiante con pacientes graves y sus familias es muy deficitaria. En ocasiones, parece que sea expresada como una causa responsabilidad del propio estudiante, aunque en general, se considera que el alumno no está preparado para afrontar este tipo de situaciones. Por parte de los postgraduados, se reconoce que persiste todavía esta necesidad desde antes de graduarse aunque no consideran tener dificultades especiales; también comentan como el cuidado del paciente proporciona un aprendizaje significativo para la profesión enfermera.

La comunicación asistencial durante las prácticas: con la enfermera, equipo y tutora.

En este apartado se busca comparar otro ámbito relacional del estudiante en prácticas. En este caso, en relación con quienes suponen sus referencias a efectos del proceso de su formación asistencial: enfermera, equipo y tutora. También se pretende contrastar las percepciones de los estudiantes con la de profesionales participantes en dicha formación. En general las percepciones y valoraciones son variadas, en función de experiencias personales concretas. En torno a lo que se ha obtenido y ha faltado para mejorar la situación, en los estudiantes entrevistados se observan dos tipos de tendencias: a) los que relacionan las mejoras con factores internos propios (como “crecer” y evolucionar positivamente), b) los que relacionan las mejoras con factores externos, dependientes de la ayuda de los demás. No obstante predominan los casos que buscan las mejoras a partir de la evolución de ellos mismos, que han resultado ser el doble que los del otro grupo clasificado (8 de 21 casos, frente a 4 que buscan las mejoras en causas externas).

Estudiantes

La relación con la enfermera, equipo asistencial y tutora durante las prácticas en la mayor parte de los estudiantes (7 de 9 casos) se muestra satisfecho con la relación mantenida con las enfermeras del servicio, si bien aproximadamente la mitad reconocen haber tenido dificultades los primeros días, que luego desaparecen. En el caso de los estudiantes con dificultad relacional, parece que las dificultades son mayores, dado que salvo un caso, en los 2 restantes, no parece que estas dificultades se ciñan a los primeros días, sino a la etapa en sí. En cuanto a los postgraduados, da la impresión que estaría más o menos como el grupo general de estudiantes, puesto que aparece un caso con relaciones favorables y otro que no parecen ni buenas ni malas. *“En los equipos que he estado son muy abiertos y no he tenido ningún problema. La relación con el médico ha sido un poco distante pero no lo he vivido mal porque*

en los equipos de enfermería se tiene como algo ya sabido. A mi me parecería más normal si ellos contaran con nosotros" (3-EHBELL); "El año pasado fue bien y este también. Hay unos territorios acotados a los estudiantes y esto al principio cuesta" (4-EHDIR); "Si llegas el primer día y nadie te hace caso no estás tranquila, luego la vas conociendo y ves que no es mala persona pero va a la suya" (5-ECEMATER). En cuanto a lo que se ha hecho y ha faltado para mejorar la situación: a) Relacionan las mejoras con factores internos (propios): "Por parte de ellos no me ha faltado nada, ha sido por mi parte..." (2-EIVILAD); "Una vez que se ha establecido la relación todo va bien" (4-EHDIR); "Por mi forma de ser me cuesta mucho hablar, yo me siento, escucho, pero no hablo" (6-ECEBELL); "Al principio me faltaba mucha seguridad y quizás sea debido a mi problema de fonética" (8-EDRHHELL); "Quizás al principio faltó el que yo estuviera más tranquila"; "El cambio ha sido peor" (9-EDRHHELL). b) Relacionan las mejoras con factores externos: "Me ha faltado seguridad, y por parte de los demás un poco de consideración, ya que yo llego, ellas siguen haciendo su vida normal, tomándose un café, tendrían que adoptarte en su equipo, ayudarte" (5-ECEMATER); "Que hubiera más relación entre el equipo y los estudiantes" (7-EDRHCLINIC).

La relación con la tutora o profesora de la Escuela, de 9 casos, se plantea negativa en 4 casos y positiva en el resto. En este sentido, los postgraduados no manifiestan haber tenido problemas en su día. Entre la problemática con la tutoría se destaca: Es más representativa que otra cosa, no es muy objetiva, me hace poner muy nerviosa, poder hablar de forma individual y sin tener que mirar el reloj, que no nos consideren como una carga, en los seminarios cuando hablas te corta y te hace sentir mal: "Es más representativa que otra cosa, la tutora real acaba siendo la enfermera a no ser que te lleves mal con la enfermera" (1-EIVILAD); "Pienso que no es muy objetiva, dos días nos ha dejado, no me da buena sensación. La anterior se preocupó bastante de nosotras. En el hospitalario yo he trabajado muy bien con ella, la del Introductorio tampoco me gustaba mucho" (5-ECEMATER); El profesor asociado me hace poner muy nerviosa, yo de por sí ya lo soy. El otro día nos dijo que íbamos muy mal, que nos iba hacer unas preguntas y si no las contestábamos nos suspendía, me puse a llorar hasta que me tranquilice" (7-EDRHCLINIC).

Acerca de lo que se ha hecho y qué es lo que ha faltado para mejorar la situación, si fuera posible, 3 casos, hacen referencia a cuestiones relacionales, los ocho casos restantes (incluidos postgraduados) no aportan sugerencias: "Sería interesante poder hablar de forma individual y sin tener que mirar el reloj, la gente a veces tiene problemas y no quiere que se entere todo el grupo, tendrían que tener el tiempo adecuado que les dedicara la tutora" (1-EIVILAD); "Que no nos consideren como una carga, ya que podemos aportar muchas cosas positivas" (4-EHDIR); "Al principio parecía que iba de buen rollo pero en realidad no lo ha habido. En los seminarios cuando hablas te corta y te hace sentir mal" (7-EDRHCLINIC).

Profesionales

En general los profesionales plantean la relación estudiante-enfermera como positiva, sin embargo se detecta una relación jerárquica y de poder, hay quien se refiere como "de poder absoluto", priorizan su trabajo como lo más importante de las prácticas, algunas veces el diario se convierte en monotemático, otros apuntan que en general se relacionan bien, otros lloran, otro se relacionan con sumisión porque les evalúan las prácticas, otros la ven como un modelo, otros presentan incompatibilidad, sin embargo con las auxiliares hay cierta distancia y con los médicos se ignoran mutuamente. "De poder absoluto, el alumno sabe que lo que diga la enfermera va a misa." (16-COORDI); "El alumno lo prioriza como lo más importante de las prácticas, confiere a la relación con la enfermera el éxito de sus prácticas, algunas veces el diario se convierte en monotemático," (17-COORDH); "Yo creo que en general se relacionan bien. Hay alumnos que cuando se les pregunta por su relación con la enfermera se han puesto a llorar" (18-COORDH); "Como saben que los evalúa se comportan con sumisión, intentan agradar, hay pocas enfermeras que están dispuestas a aceptar críticas" (21-COORDCE). "Los estudiantes en general adoran a la enfermera y la ven como un modelo, siempre hay excepciones, pocas veces, pero de vez en cuando se dan casos de que son incompatibles, la enfermera no tiene paciencia y no tolera al estudiante o el estudiante la ve como una bruja" (19-COORDCE).

Sin embargo se plantean dificultades con otros miembros del equipo: *"Yo creo que dentro del equipo los estudiantes se llevan bien con las enfermeras incluso con las supervisoras, pero en cambio con las auxiliares hay un poco de distanciamiento, quizás también tengan culpa los estudiantes que las ignoran y con los médicos se ignoran mutuamente"* (12-EMPLEVILAD). Los profesionales perciben la relación de los estudiantes con la tutora, dependiendo, principalmente de la profesora. Sin embargo, no hay mucha contundencia en que estas relaciones sean positivas y cercanas y en dos casos mencionan el término "miedo". No obstante llama la atención que el propio personal que interviene en la formación (y en la mayoría de casos en la contratación de los tutores, como es el caso de las coordinadoras del practicum) tenga una convicción tan poco firme en el sentido de que las relaciones de la tutora y el estudiante sean accesibles y favorables.

Así, de las 10 entrevistas con profesionales que participan de la formación, con 9 respuestas obtenidas (en el caso de la empleadora no procede la pregunta porque no tiene relación regular con el estudiante), 7 son catalogadas como "neutras o mixtas" y solo 2 como positivas, que consisten más bien en generalizaciones: *"Cuando han tenido algún problema he intentado hacer de mediadora para solucionar el problema"* (13-SUPERCLINIC); *"Tus propios compañeros te avisan de que los estudiantes vienen con miedo por lo exigente que eres, yo cambie mi actitud ya que pienso que no es bueno que me tengan miedo, aunque siempre tienes que poner un poco de distancia entre ellos y tu porque sí no pareceríamos amigos de toda la vida"* (15-ENFESANT); *"Depende del profesor, hay profesores que están como muy cercanos al alumno, hay profesores que se mantienen más a distancia pero le ayudan y profesores que pasan poco a verlos."* (16-COORDI); *"Si el alumno tiene problemas con la enfermera en la unidad de prácticas, a veces el tutor es un recurso para el alumno, pero a veces no lo utilizan por miedo o para que no empeoren las cosas, las experiencias en el practicum Introductorio tienen consecuencias en el siguiente practicum"* (17-COORDH); *"Lo normal es que se lleven bien con las enfermeras que les ha tocado incluso con la profesora asociada"* (19-COORDCE); *"Algunos son muy cordiales y otros más distantes. Al alumno le gusta que sea una persona accesible"* (20-COORDCE).

La relación de los estudiantes con el equipo asistencial, según las profesionales entrevistadas es preferentemente favorable, aunque también puede ser lo contrario. Se obtienen 6 respuestas (ya que en los otros 4 casos hay poco contacto directo con estos equipos), de las que 4 aparecen como relaciones favorables y 2 desfavorables: *"En general se manejan bien pero hay dificultades porque hay muchas subjetividades por parte del equipo, es muy paternalista o un poco autoritario o tiene la idea de que el alumno como tal tiene que ser sumiso y obedecer y no se está acostumbrado al alumno autónomo, independiente, capaz de criticar sin que pase nada. La relación es buena pero porque este afloja"* (17-COORDH); *"Puede que tengan algún problema con los profesionales del fin de semana, ya lo solventé en su momento, esto pasa cuando son buenos profesionales y quieren tener protagonismo y no se les ha dado este espacio"* (18-COORDH).

En cuanto a los estudiantes ejemplares y su relación con la enfermera, equipo y tutora, se recuerdan con características que se acostumbran a relacionar con el alumno brillante, con su integración favorable al equipo y al trabajo y muy especialmente a adaptarse bien a la relación con la enfermera. Como por ejemplo muestran expresiones como las siguientes: *"se integró muy bien con el grupo, se comunicaba muy bien con los enfermos, simpática, agradable, predispuesta a todo, a colaborar, con la familia, se portaba bien y relación buena con todo el mundo, siempre tenía ganas de trabajar, personas que son abiertas, que confían, que son autocríticas, entienden enseguida lo que es trabajar en equipo y conocen el rol de cada uno. Una persona equilibrada, con mucho interés para aprender. Tiene que ver con la forma de ser del estudiante y de la enfermera"* (13-SUPERCLINIC). De los 10 casos entrevistados, en 2 no procedía la pregunta por tratarse de profesionales que no tienen contacto directo regular con los estudiantes (caso 12 y 19). En cuanto a los 8 casos restantes, se detectan los rasgos indicados y los siguientes: *"Sí, son las personas que luego coges para trabajar, que has tenido una buena relación"* (14-ENFDIR); *"Tienes que conocer a la enfermera, para algunas el alumno bueno es aquel que hace de todo, porque la enfermera va muy estresada y hay otras que*

consideran el alumno como malo el que reflexiona, aquel que cada día intenta recoger un poco de información del enfermo. El alumno que hace mucho trabajo está catalogado como bueno, pero quizás no ha reflexionado y no ha hecho su papel de alumno” (16-COORDI); “Coincide con personas que son abiertas, que confían, que son autocríticas, que reconocen errores, etc. Son muchos los que han conseguido una buena relación con el equipo” (17-COORDH); “Esto tiene que ver con la forma de ser del estudiante y de la enfermera, viven mal los cambios y por supuesto que las enfermeras también lo viven mal, ya que supone enfrentarse a nuevas dudas sobre la enfermera ¿Cómo será? ¿Me dejará hacer?, les preocupa mucho...” (18-COORDH); “Son alumnos que entienden enseguida lo que es trabajar en equipo y conocen el rol de cada uno” (20-COORDCE); “Había una persona muy abierta, equilibrada, con muchas ganas y mucho interés para aprender. Sus preguntas eran adecuadas y la relación ha sido muy buena con todo el mundo” (21-COORDCE).

En cuanto a las características de *algún estudiante difícil en cuanto a su relación con la enfermera, el equipo y la tutora*, se obtienen 8 respuestas de 10 en total y en general se refieren a cuestiones de falta de límites, responsabilidad y por causa de otros estamentos, a través de expresiones como: *“Un chico que pasaba de todo, algunos que se cogen demasiadas confianzas, establecimiento de límites (sobre horarios de los profesores, forma de evaluación del practicum, etc.), a veces puede haber problemas con el personal médico o con el personal auxiliar, una persona que va de víctima, no acepta críticas ni errores, tiene dificultades de relación con equipo. Las mismas profesoras han hecho la gestión y no ha sido un problema de hospital sino que venía de la escuela” (12-EMPLEVILAD); “Si, era un chico que pasaba de todo” (13-SUPERCLINIC); “Hay algunos que se cogen demasiadas confianzas, no somos amigos, somos profesores y alumnos” (14-ENFDIR); “Yo no les explicaba cuál era el límite de horarios de los profesores, esto lo he resuelto explicándoles lo de las 6 horas de dedicación, por lo tanto este límite ya lo tienen claro, también les explicado que la nota se decide entre el profesor asociado, la enfermera de la unidad y yo” (16-COORDI); “A veces puede haber problemas con el personal médico o con el personal auxiliar” (20-COORDCE); “Si, es una persona que va de víctima, no acepta críticas ni errores, tiene mucha dificultad para relacionarse con el equipo” (21-COORDCE).*

Los déficits detectados, se podrían arreglar a partir de estrategias relacionales y organizacionales. De las 10 personas entrevistadas en 4 casos no se obtiene respuesta (caso 12, 15, 18 y 19). *“Con más disposición, tanto por parte de la enfermera como del alumno. Hay alumnos que en un puesto funcionan y en otro no y por esto es importante la predisposición” (13-SUPERCLINIC); “Hablándolo, que también preguntaran a los profesionales como lo ven, podríamos hacer seminarios conjuntos de vez en cuando” (14-ENFDIR); “Yo pienso que estamos muy separados la asistencia de la docencia, hay problemas que cada uno intenta resolver como puede y como sabe y con los recursos que tiene. Habría que decidir que unidades son buenas y en estas poner los alumnos con personal preparado y entrenado, este sería un paso que la escuela tendría que plantearse y el hospital mentalizarse de que el alumno no es un “kleenex” que lo coge en invierno y lo suelta en primavera. El alumno es una persona para la cual es muy importante su periodo de aprendizaje y que por lo tanto se le tienen que destinar recursos humanos y materiales para prepararle. José Luis Medina dice una cosa que a mi me gusta mucho “una organización dedica su tiempo a lo que considera importante”, el hospital tiene tantos problemas que nosotros estamos en el último escalafón o ni tan siquiera figuramos en el” (16-COORDI); “Básicamente dos cosas importantes: a) trabajar con el estudiante potenciando su autonomía en las prácticas, b) trabajar con el enfermero: “como se dicen las cosas”, “qué se espera del alumno”, “qué se espera de la respuesta de un alumno”, “cuando es normal que un alumno se equivoque”. A veces hay una respuesta autoritaria y esto perjudica al alumno” (17-COORDH); “Es preocupante para estas personas que los puedas suspender, alguien tendría que ayudarlo, no se si a través de una terapia pero que le hiciera ver el porque actúa así” (21-COORDCE); “Recuerdo el caso de una auxiliar que todos los estudiantes que han estado con ella han tenido problemas, es difícil cambiar a la gente que lleva muchos años trabajando” (20-COORDCE).*

Resumen de la comunicación asistencial durante las prácticas: con la enfermera, equipo y tutora. Por parte de los estudiantes, las percepciones son mixtas, en función de experiencias

vividas, con tendencia a valorar positivamente la relación con la enfermera y similar al caso de la relación de tutores de prácticas, tal vez algo más crítica en este último caso. Una minoría puede ser crítica con ambos tipos de profesionales. Desde la vertiente profesional asistencial, refieren que los estudiantes se relacionan poco con auxiliares y con médicos refieren que se ignoran. El profesorado docente ha atribuido como relación de poder y jerárquica a la relación que se establece con los estudiantes en el ámbito asistencial. A los estudiantes ejemplares se les atribuyen características de personalidad y de buenos comunicadores. En caso contrario, los estudiantes no ejemplares, son referidos como faltos de límites en sus actitudes y actuaciones.

Opinión sobre la formación teórica en comunicación en los estudios de enfermería.

La pretensión de este apartado es conocer la percepción de quienes están en formación (estudiantes), en comparación con la repercusión que dicha formación ha tenido en quienes han empezado a trabajar (postgraduados que trabajan). A la vez, se trata de contrastar estas opiniones con el punto de vista de profesionales implicados en la formación (docentes, más vinculados), asistenciales (vinculados, aunque con menor responsabilidad en dicha formación).

Estudiantes

Sobre la percepción de necesidad de superación en algún aspecto de comunicación o de relación, hay un sector de estudiantes (3 casos) que reconoce que deberían superarse en aspectos que aquí catalogamos como *intrínsecos*, relacionados con su propia evolución, madurez y seguridad, etc. Llama la atención que en estos casos aparecen los 3 estudiantes con dificultades relacionales. Por otro lado, el resto de estudiantes (8 casos) que son la mayoría, necesitaría de otros tipos de recursos, más relacionados con la formación, el tiempo de duración del practicum, etc. Las alusiones de los se refieren principalmente a la experiencia. Falta de recursos intrínsecos: *"No ser tan cerrada"* (7-EDRHCLINIC); *"Siendo más segura y menos desconfiada"* (8-EDRH BELL); *"Tendría que relajarme más ya que al ser tan perfeccionista me provoca mucha tensión y no pensar tanto en la primera impresión que voy a dar, cuando cojo confianza las cosas mejoran"* (9-EDRH BELL); *"Me falta mucha experiencia y mucho bagaje, las herramientas ya las tengo"* (11-POSTOSONA); b) Falta de recursos extrínsecos: *"Yo creo que lo que nos ha faltado ha sido tiempo para poder aplicar los conocimientos que nos dan"* (1-EIVILAD); *"Ética, moral, debería ser mucho más profunda, sociología también, estamos un poco verdes en el aspecto relacional"* (3-EHBELL); *"Si, seguridad en mi misma, porque entonces yo podría desarrollarme mejor. Para tratar con enfermos graves haría falta mucha materia y puntos importantes que a veces no sabemos ni que existen, lo que es en la materia obligatoria y troncal no he oído hablar de sentimientos y es una de las cosas que más cuesta -y no ya de sentimientos propios- sino de cómo se siente la gente, si una persona está triste cómo la puedes ayudar, o como la puedes contemplar, primero conocernos a nosotros mismos. Una vez pidieron tres defectos y tres virtudes nuestras, los defectos salieron en seguida, la gente es muy autocrítica, pero nadie sabía decir sus virtudes"* (5-ECEMATER); *"Quizás hace falta hacer un poco de hincapié al hablar en grupo ya que a mí me cuesta mucho"* (6-ECEBELL); *"Cuando estaba en prácticas me costaba mucho enfrentarme a la gente que se va a morir, pero ahora ya no. Te acostumbraras más o menos pero superarlo del todo yo creo que es imposible"* (10-POSTCLINIC).

Sobre la posibilidad de que algún suceso vital haya podido influenciar en que la forma de comunicarse o relacionarse un estudiante, sea así y no de otra manera, de los 11 casos entrevistados, las relaciones más destacables, establecidas entre los estudiantes y sus acontecimientos vitales, se reproducen en los siguientes fragmentos, observándose respuestas de los tres entrevistados con dificultades relacionales presentes en la muestra. *"Mi padre es muy callado, nunca ha expresado sus sentimientos, nos quiere mucho pero siempre lo demuestra de forma material, es su manera de querer. Ahora estoy aprendiendo a relacionarme, mi pareja me ha enseñado"* (5-ECEMATER); *"No sé, yo siempre he sido muy tímida, soy hija única, muy protegida. Tengo miedo a fallar porque soy muy exigente conmigo misma"* (7-EDRHCLINIC); *"Mi problema me hizo mucho daño..... Cuando eres pequeño los*

compañeros se burlan y este miedo ya te queda para toda la vida..." (8-EDRHHELL); *"Los problemas con mi madre me han afectado, no tengo facilidad para hablar con la gente ya que la adolescencia la pase encerrada en mi habitación, incluso comíamos en ella. Mi madre es una persona muy "ella" yo al ser muy nerviosa provocaba discusiones"* (9-EDRHHELL). El contraste de estos casos se da con los postgraduados, que apuntan un vínculo muy positivo con su experiencia vital: *"Mis padres son personas muy abiertas y mis abuelos también, yo desde pequeña he estado en un grupo de "esplai"* (10-POSTCLINIC); *"Estuve 10 años detrás de un mostrador y esto te da una experiencia..."* (11-POSTOSONA). En resumen se aprecia que los estudiantes que tienen en la actualidad más dificultades relacionales tuvieron unos antecedentes peculiares o especialmente difíciles.

La formación teórica sobre comunicación recibida en la escuela, la mayoría la considera predominantemente insuficiente frente a otra posición adaptativa a las posibilidades que permitan las circunstancias. Las respuestas obtenidas de los 11 casos se han agrupado por el significado de sus contenidos, de donde surge un grupo más crítico y otro menos. El grupo más crítico, echa en falta: más tiempo, menos teórica, resulta escasa; profundizar más con los pacientes y casos graves; (refieren que por eso hay gente que evita entrar a la habitación), pautas para saber lo que hay que hacer; formación en ética, moral y sociología; conocimientos sobre paciente grave, conocimientos sobre sentimientos, autoconocimiento, comunicación en grupo, afrontamiento ante la muerte. Por otro lado el grupo menos crítico se refiere más bien a falta de recursos intrínsecos como: Más seguridad y confianza, más naturalidad, relajarme más y ser menos, perfeccionista, experiencia y mucho bagaje, desarrollar una misma las habilidades, es imposible asimilar todo con tanta gente, me quedó claro el concepto biopsicosocial y el papel de la comunicación. Se puede apreciar lo indicado en los fragmentos siguientes:

a) Formación insuficiente: *"Muy teórica, escasa, lo que más influye es el talante de cada persona, si este talante te tiene que venir de forma teórica no es aplicable"* (1-EIVILAD); *"Yo creo que es poca, hicimos seminarios de ética y sociología pero fueron cortos y nos dimos cuenta de que estábamos muy verdes"* (3-EHBELL); *"Creo que es algo justa, quizás haga falta este tiempo de interiorización"* (4-EHDIR); *"Quizás se podría profundizar un poco más porque es muy importante"* (6-ECEBELL); *"Quizás tendríamos que profundizar un poco más con los pacientes, no sabes ni cómo hablarles, la base la tienes que coger poco a poco al margen de las clases"* (7-EDRHCLINIC); *"No te preparan para las situaciones graves, se tendría que formar más"* (8-EDRHHELL); *"Cuando los pacientes están más graves, hay gente que evita entrar ya que se sienten incómodos, no saben qué decir"* (9-EDRHHELL); *"Te enseñan mucha teoría pero la práctica es muy diferente, pero tendrían que enseñarnos a qué decir, a qué no decir, callarte, no callarte, un poco más sobre la psicología de la persona enferma, saber cómo actuar en el día de mañana, tendrían que darnos unas pautas con lo que hay que hacer. Durante las prácticas tenemos el seminario de ética, pues a mí me iría mejor un seminario de psicología que uno de ética"* (10-POSTCLINIC).

b) Adaptación a la formación recibida. *"Buena, las habilidades las tienes que desarrollar tu a base de hacer prácticas..."* (2-EIVILAD); *"Somos tanta gente que es imposible que asimiles lo que te explican, ni que lo practiques"* (5-ECEMATER); *"...lo que me quedó claro era el concepto biopsicosocial y el papel de la comunicación"* (11-POSTOSONA).

En resumen se observan dos tendencias, una más crítica (8 casos de 11) que reconoce la formación recibida como muy teórica, escasa, justa, con necesidad de mayor profundización y más práctica, especialmente en los pacientes graves y un segundo grupo más conformista, que opina que es uno mismo que debe procurar su propio desarrollo profesional, con la formación recibida.

En cuanto a las **posibilidades de mejora**, la totalidad de entrevistados (11 en total) reconoce la necesidad de mejora en la formación sobre comunicación. Las sugerencias recibidas consisten sobre todo, en cambios metodológicos dirigidos a más trabajo en grupos reducidos (o "contacto más directo"), en contraposición a las clases teóricas o magistrales, en grupos grandes y profundización en temas específicos. Las menciones específicas de los estudiantes son diversas (más seminarios, simulaciones, debates, casos prácticos y profundización sobre

casos o temas específicos con modelaciones y pautas concretas). Finalmente hay dos casos que reconocen la necesidad de mejoras pero no aportan sugerencias. *"Necesitamos encontrarnos en la situación de ver nuestras carencias, para darte cuenta de que necesitamos estas habilidades. Quizás deberíamos hacer seminarios para perder el miedo a hablar en público, para que sean más participativos"* (1-EIVILAD). *"Quizás hacer más role playing para perder la vergüenza"* (2-EIVILAD). *"Seminarios con un contacto más directo, debatir te ayuda a sacar tus opiniones, te conoces más a ti mismo"* (4-EHDIR); *"Haciendo casos prácticos"* (6-ECEBELL); *"Con más modelos para saber afrontar las situaciones"* (7-EDRHCLINIC); *"Hablando más de casos específicos, hacer simulaciones porque no estamos preparados"* (8-EDRHBELL); *"Darnos unas pautas con lo que hay que hacer, a mí me iría mejor un seminario de psicología que uno de ética"* (10-POSTCLINIC); *"Somos tanta gente que es imposible que asimiles lo que te explican, ni que lo practiques"* (5-ECEMATER).

La mayor concreción de estas posibilidades de mejora se resumen en la línea de las aportaciones de la pregunta anterior, los estudiantes sugieren de nuevo el trabajo en grupos pequeños (caso 1), con más trabajo práctico; simulaciones (caso 2), modelado de un paciente crítico (caso 5); afrontamiento y acompañamiento del duelo (caso 9, caso 10); casos prácticos sobre comportamientos prácticos específicos (caso 6), talleres experienciales sobre pacientes críticos (caso 9), visitas a plantas de cuidados paliativos (caso 10); profundización en asignaturas relacionadas con la comunicación (caso 3); herramientas más validas (caso 4) y más recursos para la integración (caso 11). En suma, las peticiones de los estudiantes entrevistados afectan a cambios metodológicos (piden grupos más reducidos y más trabajo teórico-práctico) y profundización de contenidos referidos a temas relacionales con los pacientes más graves, sus familias y la muerte: *"Quizás en grupos pequeños se podría desarrollar más y sería más útil"* (1-EIVILAD); *"A base de simulaciones y más prácticas"* (2-EIVILAD). *"Creo que se debería profundizar según que asignaturas relacionadas con la comunicación"* (3-EHBELL); *"Facilitaría herramientas más válidas"* (4-EHDIR); *"Podríamos practicar o hacer un simulacro de un paciente crítico, cuando la situación se repita ya tienes un modelo, pero sino no sabes por dónde cogerlo"* (5-ECEMATER); *"Ver los comportamientos haciendo casos prácticos"* (6-ECEBELL); *"La teoría está muy bien, pero falta más, yo no me veo preparada, yo no me veo capaz de ayudar a una familia a afrontar el duelo y en cambio me he aprendido todas las fases"* (8-EDRHBELL); *"Seminarios con gente que estén en críticos y que nos expliquen como lo han vivido ellos, como lo hacen o seminarios donde vinieran otros alumnos y que hayan superado estas dudas, los que tengan más miedo a la muerte pues más miedo le dará estar con este tipo de pacientes"* (9-EDRHBELL); *"Visitas a plantas de paliativos. Gente que ha estado en el oncológico lo ha pasado muy mal ya que llegaban y en una mañana se morían tres personas, y lo pasaban muy mal, tendríamos que hacer clases prácticas"* (10- POSTCLINIC); *"Facilitaría más recursos para la integración"* (11-POSTOSONA).

Profesionales

Acerca de la relación docente de los profesionales con los estudiantes que hacen practicas, se obtienen 4 respuestas, que indican relacionarse favorablemente, considerando (caso 18) que sería interesante conocer también la otra parte, o sea la del estudiante. Del resto de casos no se obtiene respuesta (por considerarse ya contestada la pregunta o por improcedente, al no tener contacto regular con estudiantes, etc.: casos 12, 13, 14, 15, 16 y 19). *"No me relaciono, ya que mi trabajo es gestionar un grupo de profesores. Yo tengo un horario de tutoría 2 veces por semana y cuando me vienen a ver yo creo que me relaciono bien"* (16-COORDI); *"Yo creo que bien, me gustaría estar más con ellos pero ya tenemos la figura del profesor asociado que esta es su función"* (20-COORDCE); *"Intento establecer una relación lo más cordial posible, reconozco que soy exigente, me gusta que trabajen, que saquen rendimiento"* (21-COORDCE).

En cuanto a esta *relación con los casos más difíciles*, en 5 casos, que corresponden a las coordinadoras del practicum, indican que en general se manejan bien (caso 16) y muestran interés por resolver dificultades y a la vez aprender de la situación (caso 17, 19 y 21) en el caso restante surge motivar al estudiante para generar cambios (caso 20). En el resto de entrevistadas, en 5 casos (12, 13, 14, 15 y 18) no se obtiene respuesta: *"Es difícil intentar*

averiguar lo que está pasando y ver si realmente eres justo o no con aquel alumno, hay que saber abordar estos casos de forma correcta” (17-COORDH); “A mí me gusta afrontar los casos difíciles, se trata de buscar soluciones y que no se genere bloqueo” (18-COORDH).

El requerimiento de ayuda o soporte para perfeccionar temas relacionales en tanto que docente, de 10 entrevistadas, la mayoría (7 casos) están muy a favor de obtener estos recursos, especialmente a favor de los profesores asociados o tutoras (caso 17) interés que también muestra la misma tutora y la enfermera asistencial (caso 14 y 15). Solo en un caso, se ha considerado que ya está bien la situación actual (caso 16) y en otro (caso 19), estando de acuerdo, se ha planteado que este recurso ya se ha utilizado a través de formación adicional para los formadores asistenciales y docentes, con gran aceptación del mismo. Finalmente en 2 casos (12, 13), no se realiza la pregunta por resultar improcedente, al no tener la profesional contacto directo con los estudiantes: *“Yo pienso que tal como está, está bien” (16-COORDI). “Si, creo que sí, sobre todo los profesores asociados, en habilidades de comunicación” (17-COORDH); “Seguro que si nos dieran algún seminario de comunicación, mejoraríamos en las tácticas, si vienen otras personas te darán otros puntos de vista” (18-COORDH). “Si por supuesto, nosotros hemos organizado, y uno de los temas que hemos tratado es el de la comunicación, entre otros. Le llamamos curso de capacitación docente y además está muy bien valorado por profesores y enfermeras” (19-COORDCE); “Yo creo que para todos es un tema muy importante es uno de los pilares básicos” (20-COORDCE); “Si, seguro, me encantaría ya que es un punto básico y muy importante” (21-COORDCE).*

El tipo de soporte que parecería de utilidad consistirla en las 5 preguntas contestadas, en todos los casos ha existido el interés por un soporte adicional de tipo comunicativo, a través de formación específica o seminarios entre profesorado. Del resto de preguntas (5 casos) no se obtiene respuesta, al no ser la pregunta procedente. *“Tiene que haber algún especialista en estos temas de relación, comunicación que pudiéramos hablar con ellos, algunas veces hemos mandado a las personas al psicólogo porque no era normal que no dijera ni una palabra, que alguna cosa le pasaba, vaya, que no nos parecía normal” (14-ENFDIR); “No de cara a mí, sino de cara a los estudiantes, pienso que los profesores de esta escuela estamos muy encerrados en estos muros y no conocemos la realidad. Cuando el alumno tiene dificultades es cuando se acerca al campo práctico, es cuando le aparecen muchas dudas y se encuentra muy solo” (16- COORDI); “Seminarios de discusión de cómo abordar el tema de la comunicación ante casos difíciles o casos normales o la manera de establecer una relación” (17-COORDH); Formación y hablar con los gestores para que les facilitaran poder transmitir esto en su centro porque lo que interesa es que los asociados se puedan relacionar con los estudiantes y con sus compañeros de trabajo” (20-COORDCE); Lo he pensado muchas veces, yo creo que como docentes podríamos hacer seminarios con personas que tuvieran idea y poder explicar lo que nos pasa tanto a nosotros como lo que vemos en los estudiantes, hacer análisis” (21-COORDCE).*

Acerca de la formación que imparte la Escuela en comunicación, así como relación entre paciente estudiante y familia, de las 10 entrevistadas se han obtenido todas las respuestas, de las cuales, la mayoría, opina que el estudiante sale insuficientemente preparado en el tema de la comunicación (en 6 casos), también se opina que los estudiantes salen más bien preparados que antes (en 3 casos) aunque se reconoce que les falta experiencia. También cara a los profesionales y los centros sanitarios, se reconoce una mayor exigencia social (caso 12 y 13 parcial). *“El estudiante no llega formado en comunicación ni en nada, hasta que el estudiante no llega al ámbito hospitalario no sabe nada, todo lo que hayan estudiado les falta saber ponerlo en práctica” (15-ENFESANT); “Pienso que está muy desmembrada esta comunicación porque se da en muchas asignaturas, nos repetimos en lo mismo y hay cosas que no se trabajan. Pienso que hay asignaturas donde se trabaja la enfermería psicosocial y que tienen pocos créditos, poco se puede hacer con el alumno, la comunicación necesita de contactos, seminarios, rol playing, trabajos” (16-COORDI); “El tema se contempla, luego podríamos discutir si son suficientes horas o no, por la experiencia que tenemos vemos que no son suficientes, el tema no está en aumentar muchas horas y seguir igual sino en crear una conexión” (17-COORDH); “No estaría de más poder trabajar aspectos de comunicación con ellos, hacer seminarios de refuerzo” (21-COORDCE); “Depende de la madurez del estudiante, la comunicación es tan practica que no se si en el aula, aunque se necesiten conceptos teóricos, es importante su grado de madurez mejorará*

sus habilidades. Creo que consigue mejores resultados motivado” (19-COORDCE); “Tendrían que estar más preparados en estos temas, que les enseñen a comunicarse, es verdad que vienen más preparados que antes, hubo una época que se dejó apartado y ahora parece que se vuelve a dar importancia a estos temas, desde hace dos o tres años” (13-SUPERCLINIC); “En general bien, hay algunos alumnos que siguen manifestando déficit en este aspecto y sería interesante que como producto final todos salieran con un nivel óptimo” (20-COORDCE); “En general los alumnos salen bien preparados, a nivel de conocimientos teóricos, cuando acaban, nosotros cada verano tenemos alumnos que han acabado los estudios y empiezan a trabajar y sobre todo si han sido alumnos nuestros, están muy bien preparados y lo que les falta es la experiencia”. Las enfermeras muchas veces comentan que antes salíamos más preparadas, también es verdad que cada vez los centros son más exigentes, los enfermos, la sociedad, las necesidades requieren profesionales más bien formados” (12-EMPLEVILAD); “El tema igual que otras habilidades, depende del medidor. Supongo que en la Escuela ya se debe hacer esto en prácticas de laboratorio o prácticas simuladas, pero esto hay que hacerlo varias veces y es distinto hacérselo a un compañero o hacérselo a un paciente” (18-COORDH).

Al tratarse de casos difíciles (pacientes graves, que mueren y sus familias), se obtienen 9 respuestas de los 10 casos. Reconocen la dificultad en el afrontamiento de la muerte para los estudiantes de enfermería y la utilidad de una formación adicional, aunque en unos casos la respuesta ha sido mas clara y contundente que en otros. Se observa que las enfermeras asistenciales, no solo reconocen este problema en los estudiantes, sino que también lo hacen extensible a sus homólogas, otras enfermeras asistenciales en el ejercicio profesional. Dado que estas enfermeras suponen un modelo de comportamiento profesional para el estudiante, es una forma de facilitar la perpetuación de un comportamiento que tiende a la evitación del acompañamiento del enfermo y sus familiares, especialmente en los casos graves.

En el caso de enfermeras docentes, coordinadoras del practicum, parece que el problema se establece más como un sufrimiento que vive el alumno y como una necesidad de conectar la formación teórica con la práctica, que como la necesidad de una formación específica que pueda preparar al estudiante para desempeñar unos cuidados necesarios: *“Seguro, el tema de la muerte y del duelo son tabú en nuestra sociedad y en nuestra profesión las enfermeras de edad media lo relacionamos con el fracaso. En nuestra sociedad no tenemos proceso de duelo, antes el niño veía al abuelo que tenían en casa como se moría y ahora todo esto no existe porque al moribundo se le saca del domicilio y no se ve al familiar, al abuelo y esto es para todos, es una situación que no sé cómo se lleva. Las enfermeras tendríamos que aprender, el médico también tendría que estar más sensibilizado...” (12-EMPLEVILAD); “Explicarles más claramente las estrategias a seguir. Yo no conozco los seminarios que se dan. El alumno cuando llega sigue a la enfermera y ésta en algunos casos tampoco está preparada para estas situaciones. La enfermera hace lo que tiene que hacer y la comunicación la deja aparte, el estudiante va detrás de ella y hace lo que ve hacer” (13-SUPERCLINIC); “Intensificaría la formación porque estos casos los viven muy mal, no están preparados en absoluto” (14-ENFDIR); “No saben utilizar las herramientas que pueden disponer para salvar una situación, no es solo en el tema de la comunicación” (15-ENFESANT); “Nosotros estamos en el hospital sin psicólogo y atendiendo a alumnos que están empezando y se encuentran con muchos problemas” (16-COORDI); “Se puede hacer algo especial en algunos casos graves pero creo que hay que desarrollar lo dicho en el punto anterior” (17-COORDH); Se empieza a hacer énfasis en la entrevista y el alumno ya tiene más habilidades. Pienso que el refuerzo cercano de la teoría a la práctica es muy importante, otra cosa es que se pueda conseguir” (18-COORDH); “Sería necesario alguna cosa adicional, seminarios donde pudieran exponer lo que les pasa y darles recursos para salir airosos” (21-COORDCE).*

La formación en habilidades relacionales para que llegase mejor al estudiante, en los 9 casos que se ha obtenido respuesta, las profesionales entrevistadas han mostrado su interés y aportado sugerencias de cómo enfocar esta formación, que básicamente consistiría en:

Intensificación de formación en técnicas comunicativas: “saber escuchar” (caso 12); incrementando créditos en asignaturas relacionadas con la comunicación (caso 16, parcial);

preparación relacional específica previa (caso 17). *“Nosotros lo intentamos, se reduce a saber escuchar. Desconozco si existe algún tipo de ejercicios para poder desarrollar esta habilidad”* (12-EMPLEVILAD); *“Yo creo que incrementando los créditos de las asignaturas que están relacionadas con la comunicación y después que los profesores nos acerquemos más a los alumnos in situ a base de seminarios, que por ejemplo tengan una vez a la semana un espacio para poder explicar su situación”* (16-COORDI); *“Parece que el alumno en el practicum lo tiene que aprender todo, pero se le tiene que preparar antes con un tipo de enseñanza con la que el alumno se pueda sentir en situación y entonces quizá el alumno se pueda relacionar mejor”* (17-COORDH).

Trabajo en grupos pequeños con métodos diversos, simulaciones y más confianza y más ayuda a los que lo pidieran (caso 14); talleres con enfermos simulados (con derecho a créditos) (caso 15); talleres vivenciales semanales (caso 16, parcial; trabajo en comunicación simultáneo a las prácticas (seminarios adicionales) (caso 20); debates y talleres vivenciales en grupos pequeños, identificando déficit de afrontamiento (caso 21); pase de películas de entrevistas con métodos observacionales, y modelado de comportamientos (caso 18); role playing con simulaciones “extremas”, donde el estudiante pueda ponerse en tesitura de lo que son casos de gravedad y se “inicie” en sus impactos y gestiones emocionales, aunque sean figuradas (trabajo de casos de laboratorio) (caso 19). *“Les podríamos dar un poco más de confianza, cuando hacemos simulaciones, los que lo pidieran que pudieran recibir más ayuda.”* (14-ENFDIR); *“Talleres con enfermos simulados incluso podrían darles créditos”* (15-ENFESANT); *“Poner en marcha todo esto, implica que necesitas una serie de datos para después elaborar un plan de cuidados y esto requiere verlo varias veces o que les pases una película con entrevistas y les hagas observar a base de preguntas, el tono de puesta en escena, el tono de voz, lo que ha preguntado, si ha dejado espacio al otro para contestar, si los tiempos han sido adecuados etc”* (18-COORDH); *“Poner al estudiante en condiciones extremas (en el laboratorio) en las cuales tendría que mostrar su habilidad comunicativa, como encaja el problema, como responde, como gestiona sus propias emociones ante este problema, a veces se quedan colapsados porque emocionalmente están muy impactados”* (19-COORDCE); *“Es muy importante que mientras el alumno este haciendo prácticas se siga haciendo esta formación, hay un apartado de comunicación se va tratando con el alumno. Tendría que haber seminarios adicionales”* (20-COORDCE); *“En pequeños grupos y haciendo debates, poder discutir como me he sentido y las incapacidades que he tenido para afrontar estas situaciones”* (21-COORDCE).

Los aspectos **prioritarios** para la formación futura de unos buenos profesionales de enfermería deberían pasar por: Dar información a los alumnos y a la sociedad, formar enfermeras polivalentes capaces de ayudar integralmente a las personas; muy hábiles en comunicación, perceptivos y sensibles del sufrimiento, capaces de resolver problemas, reflexivos sobre sí mismos, sobre su formación, sobre el sistema sanitario, humildes, capaces de gestionar sus emociones y conociéndose a sí mismos para ayudar mejor a los demás. *“Creo que tendríamos de intentar dar información tanto a los alumnos como a la sociedad, quizás haría falta enfermeras más polivalentes, que trataran al enfermo como una persona con toda una serie de necesidades elementales, saber ubicarlo, que lo ayuden. Pero parece que cada vez nos gusta más hacer cosas más técnicas más especializadas”* (12-EMPLEVILAD); *“Lo más importante es una buena comunicación en todos los aspectos. Además está cambiando constantemente el tipo de comunicación que mantenemos”* (13-SUPERCLINIC); *“Hace falta más práctica y sobre todo de comunicación y organización, si tienen algún problema que sepan lo que tienen que hacer para solucionarlo y comunicarse”* (14-ENFDIR); *“La comunicación es importantísima y que el estudiante sea humilde, no aceptan las críticas”* (15-ENFESANT); *“Una de las características más importantes de un profesional de enfermería sería que fuera un poco más autónomo, se ha perdido un poco y es la tutoría, la orientación del alumno, el planteamiento de cómo el alumno aprende y también que el alumno tenga la posibilidad de discutir todos estos aspectos con un profesor cercano y que vea como el alumno va evolucionando, como asume las competencias en todas las asignaturas, el alumno tiene que vivir la experiencia del aprendizaje”* (16-COORDI); *“Darle ideas claras sobre lo que queremos que sean y como está el sistema sanitario y hacer seminarios de reflexión sobre esta gran diferencia, que existen pocos. Reflexionar sobre cuál es el modelo de enfermero que intentamos formar, como está el sistema sanitario y donde están los*

déficits" (17-COORDH); *"Respecto a la intimidad y el conocimiento, es relevante para evitar o no preguntar cosas no relevantes para esta situación, sería lo ideal, no se pueden aplicar modelos, bombardean al paciente para recoger unos datos que no sirven para nada"* (18-COORDH); *"Que nuestros estudiantes de enfermería dedicaran un tiempo a reflexionar sobre su propio aprendizaje, sobre los conocimientos que tienen, de esta reflexión práctica conseguiríamos un buen producto"* (19-COORDCE); *"Sí, creo que en el tema de la comunicación, por un lado está el poder gestionar la comunicación, la parte más humana que está muy relacionada con nuestra profesión, tendríamos que cuidarla más y procurar que nuestros alumnos salieran con un buen nivel de capacidad de habilidades comunicativas con los otros. Es muy importante"* (20-COORDCE); *"Quizás tendríamos que trabajar desde el autoconocimiento ya que esto facilita el poder ayudar a los demás"* (21-COORDCE).

Resumen sobre la percepción teórica sobre comunicación. Mayoritariamente se reconoce como deficitaria. En especial con necesidad de modificaciones en la metodología y contenido, que proponen como más activa y participativa. Se atribuye relevancia al trabajo en grupo pequeños, in situ, en el contexto asistencial o seminarios específicos como trabajo de casos, situaciones difíciles, role playing, encarar los problemas que emergen a los estudiantes en prácticas, etc. Por parte del profesorado, reconoce que esta información sería útil para el mismo profesorado, en especial tutores. En general, se interpreta esta formación que se propone como incremento cualitativo para la enseñanza-aprendizaje del estudiante y también humanizadora en relación con la profesión enfermera.

Sugerencias y aportaciones

Estudiantes

El resultado obtenido es el siguiente: los estudiantes "chocan" con la realidad asistencial al acudir a las prácticas, temen no tener suficientes conocimientos al terminar la carrera y valoran muy positivamente la utilidad de la comunicación para relacionarse con pacientes, familia y equipo y también para facilitar la elaboración de pérdidas y duelo: *"Las practicas sirven para darse cuenta de lo que no sabes y saber en lo que me tengo que esforzar. Otra cosa de las prácticas es la dependencia médica, es un poco chocante descubrir que no es todo tan idílico como nos lo pintaban en la Escuela. La frase que mejor nos define es que somos "máquinas de administrar medicación" y yo creo que una enfermera es mucho más que esto. Las técnicas se aprenden rápido, la enfermera es más cuidadora..."* (1-EIVILAD); *"Está muy bien una base teórica, pero falta mucha práctica, enfrentarse a casos reales, no con muñecos, ni con exámenes, no tener que empezar tan tímidos, ni tan asustados"* (3-EHBELL); *"El tema de la comunicación me parece que se tiene que enfocar como algo imprescindible, hacer unos seminarios para poder compartir con los demás compañeros"* (4-EHDIR); *"A partir de una optativa de dinámica de grupos, hemos hecho juegos de rol y se me ha quitado mucho la vergüenza. He hecho las asignaturas optativas y yo me he enfocado a trabajar en equipo, en la comunicación, en el voluntariado, la parte humana, me ha hecho sentir más segura aunque considero que todavía me falta"* (5-ECEMATER); *"Hay algunas asignaturas que son mucha teoría y las prácticas muy cortas. La comunicación es muy importante, pues es lo que hacemos cada día con la familia, con los compañeros, etc."* (6-ECEBELL); *"Las horas que te has pasado en la biblioteca te sirven de poco ya que estas muy pez, dentro de seis meses seré enfermera y veo que hay muchas cosas que no sabemos hacer. Creo que esto es una percepción general entre mis compañeros. Me gustaron mucho unos trabajos que nos hiciste hacer en clase sobre las pérdidas y el duelo. A un amiga mía le han ayudado mucho en una situación real que vivió"* (8-EDRHBELL); *"Quizás al enfrentarse a problemas con el equipo, no se han comentado nunca problemas que pueden haber por diferencia de criterio, cómo puede reaccionar la enfermera. Hay mucha diferencia entre la teoría y la práctica y a veces hay un choque entre lo que quieres hacer, qué has aprendido en la Escuela y lo que se hace"* (9-EDRHBELL).

Profesionales

En cuanto a los profesionales formadores (asistenciales, docentes y empleadora), se destaca la importancia de adquirir (o proporcionar) el mejor nivel posible de conocimientos, de formar en

aptitudes personales y profesionales y de formar en comunicación: *“Cuanto más nivel tenga de estudios, mejor preparada estará. Pero esto no tiene que obviar la parte de responsabilidad propia, de tareas propias, de competencias propias, si queremos crecer como profesionales”* (12-EMPLEVILAD); *“Es muy importante que haya gente que se preocupe por la comunicación. Cuando yo me formé, este apartado era el menos importante, todo era muy técnico y luego ves que es fundamental el que la gente te escuche, que te expliquen cosas y todo esto a veces no se tiene en cuenta”* (13-SUPERCLINIC); *“Tenemos que conseguir que entienda las diferentes culturas, las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad”* (16-COORDI); *“La comunicación es básica: para que el alumno haga un buen aprendizaje, es necesario que la Escuela y los centros de educación práctica se comuniquen también. Me refiero al terreno del practicum, para que se pueda planificar de forma bilateral, entonces será una formación mas real, más pragmática y que se analice lo que el centro puede ofrecer y se haga un balance de lo que la escuela pide y así la formación será más real y más efectiva”* (17-COORDH); *“Hay buenos profesionales que son un buen ejemplo para el alumno y otros que no se han desarrollado como personas y no lo son tanto, tenemos siempre este binomio, el espejo es demasiado fuerte, a pesar de que los seminarios refuercen otros puntos, yo no sé si esto verdaderamente llega o no llega”* (18-COORDH); *“Sería muy importante detectar estos problemas de comunicación cuanto más pronto mejor para poder incidir en ellos y solucionarlos”* (21-COORDCE); *“Las practicas sirven para darse cuenta de lo que no sabes y saber en lo que me tengo que esforzar. Otra cosa de las prácticas es la dependencia médica, es un poco chocante descubrir que no todo es tan idílico como nos lo pintaban en la Escuela. La frase que mejor nos define es que somos “máquinas de administrar medicación” y yo creo que una enfermera es más que esto...”* (1-EIVILAD).

Resumen de sugerencias. Inciden en los aspectos previamente referidos, quizá con más énfasis, encarado a la superación personal y una formación del alumno que le capacite para cuidar en una sociedad multicultural.

Resumen de la interpretación de la entrevista

El mayor acuerdo presente en el análisis de la entrevista realizada, es sobre carencias asistenciales relacionadas con la necesidad de formación en comunicación, cuya síntesis puede observarse en la Tabla 6.10. En los dos grupos principales de entrevistados (estudiantes y profesionales) se detectan las similitudes y diferencias siguientes:

En cuanto a las *similitudes*, en el discurso de los grupos de informantes destaca la intensidad con que se pronuncian sobre la *falta de comunicación con pacientes graves y sus familias* (necesidad de mayor presencialidad). Los estudiantes lo describen como acusado déficit del entorno asistencial. Indican que pacientes y familias se van de alta poco informados porque no se atreven a preguntar. Desde la percepción propia describen gran inseguridad. No saben que tienen que hacer. Por parte de las enfermeras asistenciales y formadoras, agregan que los estudiantes no están en absoluto preparados para afrontar este tipo de situaciones. Añaden que al alumnado le afecta emocionalmente la gravedad y especialmente, la muerte de algún paciente, cuyo malestar puede durarle varios días. Reconocen haberse encontrado con estudiantes que viven situaciones de shock o se quedan como colapsados, lloran, etc. y en algún caso, tienen que irse a su casa para recuperarse. También se plantea que huyen y evitan las situaciones de gravedad y lo mismo en el caso de la familia, con quien la relación puede ser inexistente. Para subsanar la situación también hay consenso. Se propone formación específica en comunicación teórica y práctica, que afecta tanto a contenidos como a metodología y mayor dedicación horaria. La propuesta de mejora va encaminada al trabajo proactivo en pequeños grupos (rol playing, casos prácticos, simulaciones, estrategias concretas de actuación y modelos de referencia) y también a elaborar unos mínimos resultados formativos que el graduado en Enfermería debería obtener.

Sobre las *diferencias*, la situación relacional del estudiante con el paciente grave y su familia, por parte de las informantes formadoras se plantea desde tres versiones: 1) Posición autocrítica

que reconoce que la situación descrita para los estudiantes, está presente en la dinámica asistencial de las enfermeras en general, dado que no se percibe haber obtenido formación en estos aspectos, agregando que no se trata de problemas específicos de esta profesión, dado que el afrontamiento de la muerte sigue siendo tabú en nuestra sociedad. En suma, este grupo de informantes refiere que el estudiante imita y reproduce las actuaciones que ve en la enfermera asistencial. 2) Otro grupo, refiere esta problemática como conflicto o vulnerabilidad del propio estudiante, es decir, como si el conflicto fuera por su causa y responsabilidad en lo que remarcan su falta de preparación.

3) Una minoría entrevistada de profesionales formadoras, no ve ningún problema, le parece que todo funciona adecuadamente y que el alumno tiene la preparación que precisa. Sin embargo, la mayoría apunta que la formación en comunicación es necesaria, no solo para estudiantes, sino para enfermeras en general y particularmente en el caso de profesorado que tutoriza a los estudiantes durante las prácticas. En este sentido, por parte de estudiantes, aluden otros aspectos relacionales vinculados con el practicum, en especial sobre el tipo de relación que mantienen con los tutores. Refieren igualmente la falta de adquisición de habilidades en general y de habilidades comunicativas en particular en relación con el dolor, gravedad y muerte, según se ha referido.

Otro problema mencionado por las informantes, es el reconocimiento de relaciones de poder y subordinación en la relación asistencial con los estudiantes, que en el caso del médico, se refiere que se traduce en ignorar al estudiante. A su vez, hay una tendencia en el alumnado a relacionarse escasamente con auxiliares de clínica, con lo cual parece que hace recaer en otros estamentos con formación inferior, las relaciones de poder que recaen sobre el mismo. En otra dirección, desde las informantes docentes se sugiere la relevancia de capacitar al estudiante para relacionarse en el cuidado en una sociedad multicultural. En suma, la problemática que se busca analizar en este estudio, aparece claramente expresada en las entrevistas. Una mayoría interpreta que la relación del estudiante con el paciente y su familia es poco potenciada, para "cuando queda tiempo" aspecto que se agudiza en el caso de pacientes graves y sus familias, por lo que hay consenso en los informantes en reconocer una necesidad acuciante de formación en comunicación en los estudios de Enfermería.

Tabla 6.10

Entrevista: Estudiantes y profesionales opinión sobre formación en comunicación Posibilidades de mejora	
ESTUDIANTES	
Cambios metodológicos	Formación específica
<p><i>Seminarios para perder el miedo a hablar en público</i></p> <p><i>Más role-playing para perder la vergüenza</i></p> <p><i>Debatir, contacto mas directo</i></p> <p><i>Casos prácticos</i></p> <p><i>Simulaciones con casos específicos</i></p> <p><i>Más prácticas con grupos pequeños (rolplay)</i></p> <p><i>Gente que estén en críticos que nos expliquen como lo han vivido ellos, como lo hacen</i></p> <p><i>Que vinieran otros alumnos que hayan superado estas dudas... los que tengan más miedo a la muerte...</i></p> <p><i>Visitas a plantas de paliativos</i></p> <p><i>Clases prácticas</i></p>	<p><i>En la situación... necesitamos estas habilidades.</i></p> <p><i>Más modelos para saber afrontar las situaciones</i></p> <p><i>Pautas con lo que hay que hacer</i></p> <p><i>Se debería profundizar en comunicación</i></p> <p><i>Herramientas más validas</i></p> <p><i>Hacer un simulacro de un paciente crítico</i></p> <p><i>Ver los comportamientos haciendo casos prácticos</i></p> <p><i>Yo no me veo capaz de ayudar a una familia a afrontar el duelo</i></p> <p><i>Más recursos para la integración</i></p>
PROFESIONALES	
General	Pacientes graves y familias
<p><i>Todo lo que hayan estudiado les falta saber ponerlo en práctica</i></p> <p><i>Está muy desmembrada esta comunicación.</i></p> <p><i>La enfermería psicosocial tiene pocos créditos</i></p> <p><i>La comunicación necesita de contactos, seminarios, rol playing, trabajos</i></p> <p><i>El tema está en crear una conexión</i></p> <p><i>Trabajar aspectos de comunicación con ellos, hacer seminarios de refuerzo</i></p> <p><i>La comunicación es tan práctica que no se si en el aula....</i></p> <p><i>Como producto final que todos salieran con un nivel mínimo óptimo</i></p> <p><i>Es distinto practicar con compañero que con un paciente</i></p>	<p><i>Las enfermeras tendríamos que aprender, el medico también tendría que estar más sensibilizado...</i></p> <p><i>La muerte y el duelo son tabú en nuestra sociedad y en nuestra profesión... lo relacionamos con el fracaso</i></p> <p><i>Al moribundo se le saca del domicilio y no se ve al familiar.</i></p> <p><i>Explicarles más claramente las estrategias a seguir...</i></p> <p><i>El alumno ... sigue a la enfermera y esta en algunos casos tampoco está preparada para estas situaciones</i></p> <p><i>"La enfermera hace lo que tiene que hacer y la comunicación la deja aparte, el estudiante va detrás de ella y hace lo que ve hacer"</i></p> <p><i>"Intensificaría la formación porque estos casos los viven muy mal, no están preparados en absoluto"</i></p> <p><i>"Nosotros estamos... atendiendo a alumnos que están empezando y se encuentran con muchos problemas"</i></p> <p><i>Pienso que el refuerzo cercano de la teoría a la práctica es muy importante</i></p> <p><i>"Sería necesario alguna cosa adicional, seminarios donde pudieran exponer lo que les pasa y darles recursos para salir airosos"</i></p>

Fuente: elaboración propia

VII
DISCUSIÓN

7. Discusión: Socialización y comunicación en la formación enfermera

La discusión de este trabajo se contempla en base a sus resultados e interpretación, con aportaciones de otros autores que permitan su comparación y contraste. A su vez, se incluyen las hipótesis formuladas que permitan establecer su relación tanto con los resultados como con el resto de documentación adicional. Finalmente, esta información se integra en base a dos subapartados: 1) La formación en la socialización, 2) Adecuación comunicativa en la asistencia, reproducción e innovación.

7.1. Socialización en la formación

La presente investigación partía de la *hipótesis* "la socialización secundaria del estudiante enfermería, no consigue una modalidad relacional y comunicativa fluida con el enfermo y su familia, y se convierte en ambigua o evitativa a medida que aumenta la gravedad del paciente". Los resultados en relación con esta hipótesis se analizan a partir del cuestionario exploratorio *La comunicación entre un conjunto de habilidades* para la muestra de n=58 estudiantes (antes y después de practicas), el mismo cuestionario empleado para la totalidad de estudiantes (n=318) después de practicas y las entrevistas.

Los resultados del estudio exploratorio, realizado antes de ir a prácticas por primera vez y después de ir a estas practicas (n=58), mediante el cuestionario *La comunicación entre un conjunto de habilidades*, muestran que los ítems bajan en la mayoría de casos (mas o menos un punto, salvo alguna excepción). Los tres ítems sobre comunicación quedan en una franja media-media alta (entre lugares 5-11 de 21 ítem). En general, antes y después de las primeras prácticas de la carrera, de las tres propuestas realizadas (ítems) de un total de 21, lo que más preocupa al estudiante es Que me encuentre sin saber que decir a la familia del paciente si este muere (queda en el lugar 5) y No explicarme bien con el paciente y su familia (queda en el lugar 10). Que un paciente se agrave y pueda morir queda en el lugar 11. Equivocarme al dar la medicación queda en el primer lugar del los 21 ítem y Encontrar trabajo al terminar los estudios en el segundo lugar. Aprender y encontrar profesionales que ayuden en el tercer lugar. El mayor descenso entre antes y después de las primeras prácticas, surge de la Posibilidad de equivocarme de profesión (desciende 3 puntos).

En el caso del mismo cuestionario del apartado anterior, administrado a la totalidad de la muestra (n= 318), *solo* después de prácticas (en el que estaban integrados los estudiantes (n=58) de la submuestra anterior), en general se observa también la tendencia a la disminución de preocupación para el conjunto de afirmaciones propuesta, en relación al estudio exploratorio, aunque desciende más que en el caso de la submuestra anterior. Los seis primeros ítems de la franja superior vuelven a ser los mismos que anteriormente con algún cambio de orden entre ellos. En *resumen*, en base al cuestionario *La comunicación entre un conjunto de habilidades* para el estudio exploratorio para antes y después de practicas y (n=58) y el mismo cuestionario administrado después de practicas a n=318 estudiantes (donde estan incluidos los n=58 anteriores en modalidad después practicas) el orden de los tres ítems de comunicación en el presente estudio es: en el lugar superior de la franja (6º lugar) *Que me encuentre sin saber que decir a la familia del paciente si este muere;* en el segundo lugar de la franja *No saber explicarme bien con el paciente y con su familia*, es decir en ausencia de gravedad (pasa del puesto 10 al 7); en el tercer lugar de la franja *Que un paciente se agrave y pueda morir* (pasa del puesto 11 al 10) del total de 20 ítems (más un apartado de respuesta abierta). Por tanto, de las tres modalidades, esta seria la que menos preocupa a los estudiantes. Durante las primeras prácticas lo que más preocupa al estudiante es acertar en la administración de medicación. En niveles mas avanzados de prácticas, lo que más preocupa es encontrar trabajo al terminar los estudios.

En relación con otros estudios, acerca de la ubicación de la *comunicación* en los resultados de la presente investigación y su ubicación media-media alta dentro de la totalidad del cuestionario, coincide aproximadamente con la importancia que se les atribuye a los ítems de comunicación en el Libro Blanco de la ANECA¹³⁷, para el que se hizo un estudio en España, con docentes, empleadores y enfermeras preguntando acerca de prioridades competenciales, de donde surgieron una lista de 30 competencias, según se ha referido anteriormente en el apartado de resultados del presente estudio. Cabe indicar que este estudio empleó la misma encuesta que previamente se había administrado para el proyecto Tuning¹³⁸ en Europa. Incluyó los mismos ítems de comunicación y en el estudio realizado en Europa, la comunicación se encuentra mejor posicionada, en el lugar 10 de 40 ítems que integran el cuestionario.

En general, la ubicación intermedia de la comunicación en este instrumento podría inducir a pensar que la familiaridad asistencial proporciona ciertas habilidades específicas y seguridad al estudiante tras las prácticas. No obstante, la preocupación primera de habilidades relacionadas con el paciente grave y su familia (Que me encuentre sin saber que decir a la familia del paciente si este muere), no estaría en esa línea, según se comenta posteriormente. También podría interpretarse, que la imitación de modelos de referencia asistencial a través del comportamiento de profesionales de enfermería en ejercicio, deje entrever que la comunicación con los pacientes y sus familias no es una prioridad en ese ámbito del cuidado. Al respecto, un estudio en España sobre la intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de diagnósticos graves, detecta que el 90% de los pacientes quieren conocer su diagnóstico y que la enfermera sólo estuvo presente en el 30% de casos ante malas noticias. En consecuencia, dicho estudio ha considerado como escasa la presencia de la enfermera ante malas noticias o un diagnóstico grave (Muñoz; Durán, Álamo et al 2010).

Por otro lado mediante la entrevista, *a estudiantes y profesionales en ejercicio*, la atribución de la comunicación en el cuestionario indicado puede encontrar explicación, al confirmar que la modalidad relacional de los estudiantes con el enfermo y su familia se convierte en ambigua o evitativa conforme aumenta la gravedad del paciente. Es el caso de del ítem *que un paciente se agrave y pueda morir*, (desciende un punto tras el balance final de todas las prácticas). Las siguientes declaraciones de la entrevista argumentan situaciones que suceden en las prácticas: *"La comunicación queda "para cuando sobra tiempo" (1-EIVILAD); Ante la gravedad: "Empeora porque no saben que decir" (13-SUPERCLINIC) "Empeora siempre... se bloquean" (14-ENFDIR), "Empeora, no lo saben afrontar" (15-ENFESANT), Con la familia: Con la familia y en general, no sabe... que decir" (20-COORDCE), "El alumno imita lo que hacen los profesionales" (18-COORDH)*. En suma, según los informantes en ejercicio, la entrevista confirma que los estudiantes no saben qué decir y evitan el contacto directo con pacientes y familiares, situación que empeora ante la gravedad, y al parecer, imitan actuaciones de las/los profesionales. Al respecto, evidencias aportadas por estudios nacionales e internacionales, ponen de relieve que la comunicación enfermera con los pacientes graves y sus familias, presenta dificultades también en otros lugares de España y en otros países, tanto para el ámbito asistencial como bajo la perspectiva de los estudiantes en formación. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes:

Un estudio de revisión en España, recogió 20 publicaciones del ámbito internacional (periodo 1980-99), acerca de la comunicación enfermera en UCI y otras líneas de investigación en comunicación relevantes en aquel momento. Sus descripciones en general, enfatizan poco contacto comunicativo de las enfermeras con los pacientes, de forma particular refiere que había menos comunicación en las situaciones en que el paciente estaba más angustiado, y cuando se daba más intercambio verbal, respondía a una situación de mayor tranquilidad por parte del paciente, situaciones estas en que no era excepcional abordar temas más o menos

¹³⁷ Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), (2004). Proyecto de la titulación de Enfermería. 2ª convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de grado. Madrid: ANECA.

Disponible en Internet en: <http://www.aneca.es>

¹³⁸ Jonzalez, J. Wagenaar, R. (2006). Tuning Educational Structures in Europe II. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. Publicaciones de la Universidad de Deusto.

superficiales, guiados por la enfermera. En síntesis, apunta la poca idoneidad de la comunicación desarrollada por las enfermeras en las unidades de críticos, que hace extensible para el caso de los estudiantes de enfermería. Puntualiza que las enfermeras no responden (*evaden*) *emociones del paciente* y en su estudio propone mostrar respeto e *incluir a la familia* en el proceso asistencial del paciente (Bengoechea, 2001:266-274). Otro estudio, acerca de la perspectiva que tienen las enfermeras de UCI de su relación con los familiares del paciente crítico, apunta que dichas necesidades se valoran de forma poco sistemática y a pesar de que existan instrumentos validados, refiere que no hay estándares de calidad. Esto produce *situaciones de incertidumbre y ansiedad en las enfermeras*, y confiere a las interacciones con las familias, semejanzas con las relaciones habituales (con aproximación o distancia según afinidad), en función de aspectos emocionales, educacionales o de otra índole (Zaforteza, de Pedro Gomez, Gastaldo, Lastra, Sánchez-Cuenca, 2003: 109-119). En estudio posterior se apunta que las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente y algunas desean participar más en el proceso de atención a los familiares (Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro Gómez, Lastra, 2004: 1-7). En esta línea, un estudio realizado en Canarias aporta datos sobre las actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en UCI. Refiere que un 47% sólo habla en algunas ocasiones con el familiar sobre la enfermedad o el tratamiento aplicado y un 61% sobre los tratamientos que se utilizan. Un 17% pregunta habitualmente a la familia sobre la información que han recibido del médico y un 20% no habla nunca con los familiares sobre sus sentimientos. Un 26% no recuerda nunca con el familiar aspectos sobre la vida del paciente. A mayor edad del personal entrevistado más pregunta sobre la vida del paciente ($p=0,044$). Sólo un 48% comunica en algunas ocasiones cambios en el plan de cuidados y cuanto mayor es el tiempo trabajado, menos se informa de ellos ($p=0,028$). (Santana, Yáñez Martín Alonso, Ramírez, Roger Marrero, Susilla, 2009: 335-339).

Otro estudio de revisión procedente de España que incluye 30 estudios internacionales acerca de las necesidades de familiares de pacientes ingresados en UCI, agrupa dichos requerimientos en cuatro tipos: cognitivo, emocional, social y práctico. Destaca, la relevancia de obtener información por parte de la familia y también la cercanía con su familiar enfermo. La propuesta principal del estudio es la establecer un protocolo acerca de la información familiar en UCI y la flexibilización de horarios de visitas en UCI. También apunta que la mayor participación enfermera en la atención emocional podría facilitar este proceso (Pardavila y Vivar, 2012: 51-67). En UCI de Pediatría un estudio de revisión realizado en Australia, integra 18 publicaciones (1990-2014). Se interesa por la atención centrada en la familia en UCI de Pediatría. Plantea como principales dificultades: Discrepancia entre enfermeras y padres en cuanto a sus funciones, resistencia de personal médico para compartir información potencialmente negativa o cambiante, presencia restrictiva de la familia y mala comprensión de las necesidades de la familia. Destaca la situación única de enfermería para informar y abogar por las familias. Agrega falta de estudios para evaluar y mejorar la atención centrada en la familia ACF en UCI de Pediatría (Butler, Copnell, Willetts 2014: 2086-2100). Los mismos autores de Australia y UCI Pediatría (UCIP), insisten en estudio posterior en temática similar, como acerca de la confusión de roles, entre enfermera y familia. Necesidad de formación para enfermería y para personal médico que trabaja con familias de niños gravemente enfermos. La política de UCIP es crucial para guiar la práctica y presencia familiar (Butler, Willetts, Copnell 2015).

En cuanto a *Equivocarme al dar la medicación*, al contrastar estos resultados con los de otros estudios, surge que este resultado es coincidente con el aludido estudio realizado en España (ANECA, 2004) y difiere ligeramente del realizado en Europa para el proyecto Tuning. En el estudio español, el ítem expresado como *Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias*, queda también en primer lugar de relevancia entre una relación competencial compuesta por 30 ítems. En cambio, en el estudio Tuning de Enfermería, expresado en estos mismos términos, esta capacidad queda en el lugar 11 de un total de 40. Una posible interpretación, es si en el caso español y en el cuestionario del presente estudio, la importancia prioritaria adjudicada a la administración de medicación supone un peso de la preeminencia técnica y biomédica sobre lo humanístico, fruto de los antiguos estudios de ATS, cuyos aspectos residuales son puestos de manifiesto mediante estudios sociológicos sobre la socialización enfermera, a través de las tesis doctorales de Ramio (2005) y Casanovas (2005), aspecto también apuntado por Medina (2005, 1999) y posteriormente reconfirmado, por ejemplo, por Rich-Ruiz (2011:189-195) a través del estudio sobre una encuesta acerca de la comunicación

asistencial en enfermería. Otra posibilidad, es que a las encuestadas les falte seguridad para el ejercicio de esta capacidad, cuestión razonable en unas primeras prácticas y un segundo curso de carrera.

Acerca de *Encontrar trabajo al terminar los estudios* y *Aprender y encontrar profesionales que ayuden*, ocupan los primeros lugares tras el balance global de todas las prácticas y "dar la medicación" desciende a un quinto lugar que deja de ser una prioridad de primer orden. Sobre Encontrar trabajo al terminar los estudios y Aprender y encontrar profesionales que ayuden, parece una preocupación lógica, consecuente al hecho de realizar una preparación profesional para estos fines. También esta en consonancia con la edad de los estudiantes (media sobre 23 años)¹³⁹ para ingresar, en general por primera vez, al mundo laboral y procurar su emancipación económica de los padres. Coincidente con la propuesta de un estudio realizado por las Directoras de Escuelas de Enfermería de Cataluña (2009) acerca del perfil del estudiante en esta Comunidad Autónoma. Al respecto, la Agencia per la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU, 2014)¹⁴⁰, sitúa la inserción laboral de las profesiones de Ciencias de Salud en Cataluña con la tasa de ocupación más elevada (88%), esta no sería a tiempo completo, donde ocuparía el cuarto lugar (62,69% de ocupación) en relación con otras titulaciones universitarias (AQU, 2014: 22-23). Para lo que atribuye como Diplomados sanitarios (donde cuenta Enfermería, entre otros como Logopedia, Óptica y Optometría, etc.) (AQU, 2014: 109) atribuye: entre 2011-2014 un descenso de ocupación de 9,31% para el sistema público (11,06 % entre 2008-2014), ubicando la ocupación tres años después de terminar los estudios en 2014: Sector Público (30,65%) Privado (69,35%) (AQU, 2014: 27). En la década anterior, un estudio realizado por la UB (2002), ubicaba la ocupación de enfermería en torno al 85 %¹⁴¹. En suma, la inquietud de los estudiantes por encontrar trabajo, puede estar reforzada porque conocen que si bien en enfermería no es muy difícil encontrar trabajo, los contratos son precarios (corretornos, fin de semana, por días o de un solo día, etc.) y cuesta el alcance de la estabilidad laboral.

Los datos primarios de la presente investigación constatan que al observar la reducción de preocupación para cada ítem tras todas las prácticas, lo que más desciende (3 puntos) es la Posibilidad de equivocarme de profesión, lo que puede interpretarse como una marcada convicción por el deseo de ser enfermera. En este sentido, el estudio sociológico aludido realizado en Barcelona en profesionales de enfermería, apunta que el nivel de satisfacción y de enfermeras que se reincorporarían a la profesión es del 80% (Rodríguez Díaz, C.Bosch, 2005: 33). Según AQU, 2014 la media de personas graduadas que volvería a escoger los mismos estudios en Cataluña es del 72% y entre los casos más elevados surge ciencias de la salud con una media del 84% (AQU, 2014:74). En resumen la información en la presente investigación y muestra, aporta evidencias de que la socialización secundaria del estudiante de enfermería no consigue una modalidad relacional y comunicativa fluida con el enfermo y su familia y se convierte en ambigua o evitativa a medida que aumenta la gravedad del paciente lo que da respuesta a la hipótesis 1.

En relación la hipótesis 2 "entre los diversos factores que potencialmente inciden en dicho fenómeno, se incluye la posibilidad de que la modalidad docente teórica y teórico práctica, no se ajuste debidamente a las necesidades y expectativas de los estudiantes, ni a los

¹³⁹ La fuente indica 22,9 de media de edad de los estudiantes de enfermería en Cataluña. Asociación de Directoras de Escuelas de Enfermería de Cataluña, ADEIC (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. Revista Rol de Enfermería, 32 (7-8), 36-44.

¹⁴⁰ Agència per la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2014). Universitat i Treball a Catalunya. Consultado en Internet 8.9.15: http://www.aqu.cat/doc/doc_14857668_1.pdf.

¹⁴¹ Universitat de Barcelona (2002). En 2002, la UB publicó resultados de un estudio de seguimiento de inserción laboral de sus graduados en diferentes titulaciones. Para el caso de enfermería la población era de 218 graduados y la muestra estudiada fue de 147 (67,4%). De estos el 85% se encontraba en situación de "ocupado", en el paro 9% y el 6% no sabe no contesta. (Consulta: 8.9.2015: Verifica para el grado de Enfermería, 2009, Documento interno. Escuela de Enfermería. UB).

requerimientos asistenciales actuales". Los resultados confirman que la modalidad docente (teórica y teórico práctica), en relación a las habilidades relacionales en general y habilidades relacionales ante la gravedad el dolor y la muerte, no se ajustan a las necesidades y expectativas de los estudiantes. En el caso de las habilidades relacionales aparecen como "cosa favorable" o valiosa en relación a la adquisición de aprendizaje y también como "cosa desfavorable" o limitación de aprendizaje, por lo que puede deducirse que los estudiantes de la muestra aspiraban a más aprendizaje de este tipo. En cuanto a las *habilidades relacionales ante el dolor, la gravedad y la muerte*, predominan como limitación de este aprendizaje, es decir no haber podido aprender este tipo de habilidades. Por otro lado, sobre la pregunta ¿que harías para resolver o evitar esas cosas desfavorables? estos resultados se establecen en dos categorías: Practicum (queda en primer lugar en número de respuestas) y Adaptación (queda en segundo lugar). Ambas categorías tienen afinidad de contenidos, si bien en el caso de la adaptación se incorporan aquellos aspectos sobre los que nuestro centro no tiene competencia directa (por ej "que la unidad de destino sea didáctica"). No obstante se interpreta que pueden revelar un problema a explorar, que podría incidir en las posibilidades del tipo de aprendizaje a adquirir y en concreto las limitaciones manifestadas por los estudiantes informantes. Por otro lado, el hecho de *Que un paciente se agrave y pueda morir*, quede en el extremo inferior de la franja media de la comunicación, da a entender, que con este paciente las posibilidades de diálogo pueden ser limitadas y en cualquier caso, con menor probabilidad de recibir advertencias o reclamaciones. Las narraciones de los informantes de las entrevistas, muestran las aspiraciones de los estudiantes y el punto de vista de los profesionales en ejercicio y en ellas se puede distinguir la claridad que sus propuestas, que abordan fundamentalmente casos prácticos y experienciales que ayuden a solucionar el grave problema que se percibe ante la comunicación con el paciente y su familia, acentuado en situación de gravedad. Asimismo se observa una cierta coincidencia entre las peticiones de los estudiantes y las de profesionales, según se muestra en las siguientes evidencias:

Informantes: Estudiantes. Requerimiento de cambios en: a) Metodología: "*Simulaciones con casos específicos*" (2-EIVILAD) (*8-EDRH BELL*); "*Debatir, contacto más directo*" (1-EIVILAD) (4-EHDIR); "*Casos prácticos*" (6-ECEBELL); "*Seminarios para perder el miedo*" (1-EIVILAD) b) Formación específica: "*Más modelos para saber afrontar las situaciones*" (7-EDRHCLINIC); "*Pautas con lo que hay que hacer*" (10-POSTCLINIC); "*Se debería profundizar en comunicación*" (3-EHBELL); "*Herramientas más validas*" (4-EHDIR); "*Hacer un simulacro de un paciente crítico*" (9-EDRH BELL)

Informantes: Profesionales. Requerimiento de cambios en: a) Metodología: "*Necesita ... de contactos, seminarios, rol playing, trabajos...*"; "*Hacer seminarios de refuerzo*" (21-COORDCE) b) Formación específica: "*Intensificaría la formación porque estos casos los viven muy mal, no están preparados en absoluto*" (14-ENFDIR); "*Seminarios donde pudieran exponer lo que les pasa y darles recursos*" (21-COORDCE); "*Talleres con enfermos simulados*" (15-ENFESANT)

Estas aportaciones de los informantes orientan requerimientos formativos sobre la comunicación con el paciente grave y sus familias y falta de sincronía entre las expectativas de estudiantes y punto de vista de los profesionales en ejercicio, por un lado, y su adaptación a los requerimientos planteados en la normativa actual relacionada con la formación competencial promulgada por el EEES, que sitúa esta modalidad de enseñanza-aprendizaje contextualizada y enfocada al ejercicio profesional. En conjunto se aporta evidencia de que, en opinión de los entrevistados, la formación teórica y teórico-práctica de comunicación con el paciente grave y familia, debería contener otras características como las indicadas, que resultan compatibles con la referida formación competencial en el EEES. Resultados de otros estudios en relación con esta problemática en los estudiantes de enfermería, pueden ilustrar dificultades en esta formación en otros lugares, según se muestra a continuación:

Un estudio realizado en España (Murcia), estudia las principales situaciones causantes de estrés de los estudiantes de enfermería en prácticas (n=45 alumnos) en el curso 2010-2011, mediante cuestionario Kezkak y refiere que son: a) el desconocimiento ante una determinada situación clínica, b) la impotencia e incertidumbre y c) el riesgo a causar un daño sobre el paciente. En el extremo opuesto, *las relaciones sociales*, tanto con el paciente como con sus familiares se han

mostrado como las fuentes de estrés menos potentes de entre las estudiadas. El estrés parece disminuir con la edad y la progresión de curas (Moya, Larrosa, López Marín, López Rodríguez, Morales, Simón, 2013: 244-253). Otro estudio realizado en España, sobre el afrontamiento del dolor y la muerte junto con una propuesta de intervención en estudiantes de enfermería (n=110), se realiza en dos fases: 1) Estudio descriptivo, 2) Intervención. En la primera etapa se explora el miedo de los estudiantes a través de dos cuestionarios (Inventario de Estrés para Estudiantes de Enfermería *ad hoc*) con escala de Likert que integra 11 situaciones comunes de la practicas de estudiantes. El otro mide la ansiedad (Ansiedad-Estado-Rasgo STAI) de Spielberg et al (1982). El estrés apuntado como más elevado fue para la situación "Fase terminal y muerte de pacientes" con una media de 13,02 y el ítem con menos estrés, aparecía en el lugar 11, "Higiene corporal paciente: pudor, escrúpulos" con una media de 0,82. (Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez, Benbunan-Bentata, 2007: 197-205). Una tesis doctoral realizada en España (con muestra de n=444 estudiantes de enfermería de Cataluña y Andalucía). Analiza las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida con formación y diversas escalas. En sus resultados, los estudiantes manifiestan no sentirse muy preparados ni emocionalmente, ni asistencialmente para atender a enfermos terminales, (se sienten preparados un 7% en Cataluña y el 4,7% en Andalucía) (Collell Brunet, 2005)¹⁴². Una investigación realizada en España (Cataluña) de tipo descriptivo y cualitativo hermenéutico, mediante datos recolectados en 2012-2013, explora experiencias sobre la muerte y el morir en estudiantes de enfermería, a través de la práctica clínica y mediante entrevistas semiestructuradas (n = 12). A través del análisis se identifican cinco temas: impacto, capacitación en la atención al final de la vida, cuestiones éticas, afrontamiento y aprendizaje, crecimiento y conexiones curativas. El tema central fue el enorme impacto producido por la muerte. Concluye que la capacitación adecuada permitiría una atención de calidad a los pacientes y a sus familias, minimizando el impacto de la muerte con prevención de la fatiga emocional (Edo-Gual, Tomas-Sábado, Monforte-Royo, Bardallo-Porras, 2014: 3501-3512). Otro estudio correlacional con una muestra de 760 estudiantes de enfermería de cuatro escuelas de enfermería en España, con datos recolectados en 2013-2014, evalúa: el miedo a la muerte (con cuestionario de auto-informe Collett-Lester, Escala de Miedo a la Muerte), ansiedad ante la muerte (Ansiedad Muerte Inventory-Revised), percepción de la inteligencia emocional (Trait Meta-Mood Scale, con sus tres dimensiones: la atención, claridad y reparación), resiliencia (Breve Escala de Afrontamiento resistente) y la autoestima (Rosenberg Escala de Autoestima). Entre sus resultados refiere que la ansiedad ante la muerte y el miedo a la muerte son modulados por competencias sociales y emocionales, asociadas con afrontamiento positivo, por lo que la formación debería incluir estrategias en este sentido, lo que ayudaría a una atención compasiva centrada en el paciente a la vez que minimizaría la angustia del proceso. (Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla Herrero, Tomas-Sábado, 2015).

Un estudio realizado con apoyo estatal del sudeste de EEUU, analiza la formación realizada a estudiantes de enfermería (n= 19) que habían completado un curso electivo de cuidados paliativos y de fin de la vida. Al finalizar el curso, mediante grupos focales se discute la experiencia para conocer los aspectos más útiles de este aprendizaje. El análisis temático de los datos fue realizado por tres investigadores. Se identifican tres temas que reflejan los aprendizajes: Aprender de historias; aprendiendo a estar allí; y aprender de cuidar. Se considera que la comprensión y estrategias sobre el final de la vida ha sido útil para la mejora de la atención y del aprendizaje. Orienta que la educación enfermera debe proveer de conexiones significativas entre el estudiante, el programa, la experiencia práctica y el paciente moribundo. (Hold, Blake, Ward 2015:777-81).

Finalmente, en las actuaciones asistenciales que competen a la actividad de enfermería, los aspectos relacionados con *la ayuda a una muerte digna* y el *requerimiento de acudir a la familia del paciente si este no esta preparado*, esta presente en múltiples tipos de documentos

¹⁴² Collell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña. (Tesis doctoral, Director J.T. Limonero, UAB). Obtenida de Internet 9.7.15 <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf?sequence=1>

normativos de rango oficial, entre los que se seleccionan: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre); Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (BOE nº 269, 9 de noviembre); Real decreto 1231/2001 de 8 de noviembre sobre los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería (BOE nº 269 de 9 de noviembre); Código Deontológico de la Enfermería Española (Resoluciones 32/1989, 2/1998). Por otro lado cabe destacar que el Consell de Col·legis Oficials d'Infermeria de Catalunya, edita en el año 2013 un Código Ético y Deontológico actualizado para su empleo por la Enfermería de Cataluña que asume las dimensiones de la modalidad relacional asistencial que proclama la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Finalmente, las competencias enfermeras específicas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, en relación con el Espacio Europeo de Educación Superior, se pronuncian cara a ejercer de acuerdo con la legislación y el código deontológico profesional vigente, así como cuidar con respeto a la dignidad y defender derechos de la persona.

Junto con los resultados de la presente investigación, el contraste con el conjunto normativo y análisis documental realizado, evidencian el que la modalidad docente teórica y teórico-práctica no se ajusta a las necesidades y expectativas de los estudiantes ni a los requerimientos asistenciales actuales (hipótesis 2).

La hipótesis 3 formula la relación "que entre los diversos agentes a tener en cuenta en dicho fenómeno comunicativo, cabe contemplar la posibilidad de que la dinámica asistencial, no favorezca una socialización facilitadora de la interactividad de los estudiantes". Los resultados confirman que las dificultades relacionales de los estudiantes aumentan en función de la gravedad del paciente y aumentan también con la familia de este paciente, en relación con pacientes y familias catalogados de no graves. Pueden ser ilustrativas, algunas frases de los informantes de la entrevista como ejemplo: "*El tema está en crear una conexión*" (17-COORDH), "*En nuestra sociedad no tenemos procesos de duelo...las enfermeras tendríamos que aprender..*" (12-EMPLEVILAD); "*Se debería profundizar en comunicación*" (3-EHBELL). Las conclusiones de un estudio realizado en Madrid, se interesan por la valoración que hacen las enfermeras de UCI de adultos y UCI pediátrica, acerca de la información brindada a la familia en el proceso de final de vida en UCI. La mayoría de enfermeras revela que informa el médico en un cuarto a solas con la familia y que la información es suficiente/insuficiente dependiendo del día. Ante el fallecimiento de los pacientes, se encontró diferencia a favor de mayor empatía por parte de profesionales de UCIP. (Pascual Fernández, 2014: 168-174). A nivel internacional, para comprender las prácticas de enfermería en la toma de decisiones en UCI en diferentes contextos culturales, un estudio cualitativo realizado en hospitales de cinco países, Inglaterra, Brasil, Alemania, Irlanda y Palestina, (51 entrevista:9-12 por país) refiere consenso en los cinco países en aspectos conceptuales y de prácticas enfermeras básicas en UCI. Sin embargo hubo diferencias de percepción en la dinámica de poder en las relaciones enfermera-médico, que afectan a perspectivas culturales sobre la muerte y el morir y en los cuidados paliativos (Gallagher, Bouso, MCCarty et al. 2015: 794-803).

Otros estudios a nivel internacional (Israel, Reino Unido y Australia) muestran resultados similares, por ej., mediante una muestra de conveniencia de 157 casos en 7 UCI, uno se interesa por la calidad comunicativa al final de la vida mediante un instrumento *ad hoc*. Aunque hubieron variaciones, la calidad comunicativa se encontró mejorable, en general, en todos los casos y mejoró cuando la familia estaba presente o se esperaba que el paciente muriera. Refiere, que desde enfermería, la mayor información se brinda en torno al dolor y cuidados e inferior en el resto de situaciones. También apunta que falta consenso en cuanto a medidas a adoptar en torno a lo que se considera "final de vida". Igualmente, aparecen diferencias culturales entre UCI y cuestiones legales en torno a la muerte (Ganz, Endacott, Chaboyer, Benbinisthy, Ben Nun. Ryan, Schoter, Boulanger, Chamberlain, Spooner, 2015: 49-56). En contraposición, un estudio de revisión (2012-13) realizado en los países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia) se interesa por la experiencia del sufrimiento en pacientes de UCI, que reinterpreta desde un enfoque hermenéutico gadameriano a través de 22

estudios (13 Suecia, 5 Noruega, 3 Dinamarca y 1 de Finlandia) con 188 pacientes (97 hombres y 91 mujeres). La finalidad es obtener una descripción actual del sufrimiento humano ante una vida amenazada. Sugiere que los pacientes con enfermedad potencialmente mortal descienden a un estado liminal, donde se enfrentan a la vida o la muerte, a la soledad y la incertidumbre. Refiere que existe ansiedad que más tarde se relata como pesadilla o alucinaciones. Apunta que las enfermeras y la familia juegan un papel importante en ayudar al paciente en esta transición, dado que enfermería en los países nórdicos está influenciada por filosofías continentales de cuidar a cada ser humano como único. Se concluye que el sufrimiento humano en UCI sigue siendo evidente, aunque la sedación lo hace más ligero y el medio ambiente es más humano. (Egerod, Bergbom, Lindahl, Henricson, Granberg-Axell, Storli, 2015: 1354-1361).

El conjunto de evidencias aportadas documenta, que en general, la dinámica asistencial no favorece una socialización facilitadora de la interactividad de los estudiantes. Es la confirmación de la hipótesis 3.

A todas las limitaciones señaladas, cabría agregar, que en relación con la dinámica profesional y su afectación en la praxis enfermera, las publicaciones estudiadas ponen de relieve la importancia de las condiciones de trabajo cuando se relacionan con una acusada precariedad laboral (ampliación excesiva de jornadas, turnos horarios de día y noche, contratos eventuales por días y horas y meses). Son aspectos que junto a la complejidad y presión asistencial, pueden generar según diversos autores el "síndrome de estar quemado por el trabajo" o "burnout" (Olivares y Gil-Monte, 2009). Situación en la que el individuo denota impotencia y desbordamiento para hacer frente a las dificultades del entorno laboral (Gil-Monte et al., 2006). De ello se resiente su comportamiento frío y distante (incluso cínico) con las personas que reciben el cuidado. Al respecto, un estudio realizado en un hospital público terciario de Madrid, que estudia el "burnout" en personal sanitario en diversas UCI, mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), en sus resultados refiere que la prevalencia de "burnout" en la muestra fue del 14%, siendo el personal más afectado profesionales de enfermería. Las variables relacionadas con el síndrome de desgaste profesional fueron: satisfacción profesional baja, relación con compañeros regular, reconocimiento laboral bajo y un cansancio emocional elevado en el personal más experto, entre las relaciones que se establecen con estos resultados se incluye las UCI con mayor mortalidad. (Frade, Vinagre, Zaragoza, Viñas, Antúnez, Álvarez, Malpartida, 2009: 131-140). El síndrome de desgaste profesional ha sido reconocido para la formación MIR en Cataluña, estableciendo una cuota de alcance que puede llegar hasta el 18% de profesionales en formación (Massachs, Arteman (2007). Por otro lado, la necesidad de autocuidado, en los casos de profesionales que atienden el final de la vida de los pacientes, ha sido estudiada a través de una publicación de reconocido prestigio internacional como la Journal of the American Medical Association (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, Mount 2009: 1155-1164).

Una aportación teórica especialmente relevante en este contexto formativo, también de contenido emocional, es que según las aportaciones de Morgado (2006), en base a estudios de Ming Hsu y colaboradores del Instituto Tecnológico de California, *cuanto más grande es la ambigüedad a la que se enfrentan las personas, como cuando se percibe riesgo, su reacción es de miedo, incitando a frenar la respuesta* (Morgado, 2006:99-145). También, apunta el mismo autor, que es difícil relacionarse si se dejan de lado las emociones y los sentimientos (Morgado, 2006:183). Esta cuestión, a partir de los resultados, la muestra y contexto de este estudio, refleja la *paradoja* de que el estudiante de enfermería puede ser que se socialice en un ambiente en el que debe desarrollar sus prácticas con miedo, en un área para la que no obtiene los debidos recursos de aprendizaje, de donde podría ser que provinieran una serie de problemas emocionales (incluido "burnout"), según refieren publicaciones sobre el tema.

Finalmente, atendiendo a planteamientos de Berger y Luckmann (1983), que se contemplan como sustrato teórico básico de la presente investigación, se apuntan algunas abstracciones que, entre otras, resultan específicamente emparentadas con la temática que aquí se aborda. Según los autores, para la socialización profesional pueden requerirse agregados específicos formativos (o técnicas), para facilitar la identificación con el rol profesional que se pretende formar (Berger y Luckmann 1983:182). También en un contexto general, aluden como obvio, el terror de la muerte en los humanos, para lo cual la sociedad, en sentido amplio, socializa

(Berger y Luckmann 1983:131). Finalmente, se refieren a requerimientos comunicativos ordinarios y de crisis, cuya reconstrucción subjetiva pasaría por la intensificación situacional de comunicación continua y coherente (Berger y Luckmann 1983:193). Estos aspectos resultan contrastables con la exposición realizada en la presente discusión, de forma que la ausencia de dichas técnicas o agregados específicos en el conjunto del fenómeno educativo estudiado, podría dar lugar, en cuanto a la formación en comunicación, a un tipo de socialización falta de simetría entre la realidad objetiva y subjetiva (en relación con la identidad) apuntada por los autores como *socialización deficiente*, en contraposición a la modalidad simétrica que refieren como *socialización exitosa* Berger y Luckmann (1983: 205), con sus repercusiones profesionales (posible conflicto interno) y sociales (calidad de los cuidados y servicios prestados).

7.2. Adecuación comunicativa en el aprendizaje de cuidado, reproducción e innovación

La adecuación comunicativa para la asistencia, debe responder a las necesidades de cuidados y salud del paciente y su familia, en especial en el caso de los pacientes graves, así como a los requerimientos de recursos formativos y asistenciales de la enfermera para poder prestar unos cuidados de calidad. La reproducción e innovación esta relacionada con el deseo del centro formativo y del centro asistencial en cuestión, en adecuarse a las demandas de salud y cuidados de la población, que en un momento dado, pueden integrar priorización de enfermedades emergentes. Por otro lado, este proceso requiere la adquisición de formación específica de comunicación por parte de los tutores o mentores que participen de la formación de estudiantes durante las prácticas en la asistencia. En el caso de este estudio, por parte de estudiantes y profesionales, realizan un conjunto de propuestas, que coinciden con la enseñanza-aprendizaje contextualizado que propone el EEES. Se trata de los siguientes:

Informantes: Estudiantes. Requerimiento de cambios en: a) Metodología: "*Simulaciones con casos específicos*"(2-EIVILAD) (8-EDRHBELL); "*Debatir, contacto mas directo*"(1-EIVILAD) (4-EHDIR); "*Casos prácticos*" (6-ECEBELL); "*Seminarios para perder el miedo*" (1-EIVILAD). b) Formación específica: "*Más modelos para saber afrontar las situaciones*" (7-EDRHCLINIC); "*Pautas con lo que hay que hacer*"(10-POSTCLINIC); "*Se debería profundizar en comunicación*" (3-EHBELL); "*Herramientas más validas*"(4-EHDIR); "*Hacer un simulacro de un paciente crítico*" (9-EDRHBELL).

Informantes: Profesionales. Requerimiento de cambios en: a) Metodología: "*Necesita ... de contactos, seminarios, rol playing, trabajos..*"; "*Hacer seminarios de refuerzo*"(21-COORDCE). b) Formación específica: "*Intensificaría la formación porque estos casos los viven muy mal, no están preparados en absoluto*" (14-ENFDIR); "*Seminarios donde pudieran exponer lo que les pasa y darles recursos*"(21-COORDCE); "*Talleres con enfermos simulados*"(15-ENFESANT).

Por otro lado, se da el caso que las publicaciones que plantean programas y actividades de comunicación en enfermería, son poco frecuentes (salvo experiencias aisladas) y no acostumbran a divulgar contenidos y actividades formativas, a excepción de lo que es relevante para una investigación o publicación. Todavía es mas difícil la publicación de resultados de programas con estudios experimentales controlados, que permitan sustentar la aplicación de dichos resultados a otras experiencias de formación, situación que, entre otros autores, ha sido puesta de relieve en el estudio de Fleischer, et al (2009: 339-353). Entre la información más ilustrativa acerca de programas, aparece una publicación que analiza con detalle las estrategias formativas. Los rasgos más comunes pueden ser los siguientes: Aprendizaje experiencial; Rol playing; Grupos reducidos de 8-12 personas; Grabaciones en video; Análisis de interacciones; Solución de problemas; Feedback sobre impacto emocional de la enfermedad o gravedad del paciente; Registros de evaluación y resultados (Krujiver, et al. 2000:129-145). Aspectos similares se encuentran también en un curso para formación en cuidados paliativos que incluye: Discusión impacto emocional de la comunicación; Grabaciones de entrevistas facilitadoras de feedback; Elementos de comunicación y su evidencia en base al entrenamiento; Modelado demostrativo de habilidades comunicativas; Rol playing en base a estrategias y dificultades y problemas; Discusión sobre impacto emocional de la comunicación; Construcción de material para grabar y biobibliografía (Swilkinson, Perry, Blanchard, 2008: 365-375).

El *resumen* de los contrastes entre las aportaciones de esta discusión, evidencian que el problema de la comunicación del estudiante de enfermería durante las prácticas asistenciales, más que diferenciarse, parece ser bastante común en distintos ámbitos y países, acentuándose ante la gravedad y especialmente con la familia del paciente. Por parte de Enfermería, manifiesta también requerimientos formativos en el ámbito de cuidado a familias de pacientes graves, por lo que difícilmente podrá ayudar al estudiante ante una situación que ella, en muchos casos también demanda. Otros estudios destacan la necesidad de flexibilizar la apertura de horarios de UCI, demandada por las familias. Este aspecto parece generar controversia entre dos posiciones de profesionales de enfermería, entre los que serían más proclives, o bien menos proclives a dicha apertura. Mientras se alcanzan los recursos necesarios en cuestiones de comunicación, abordaje del estrés y formación emocional en general, demandada por Enfermería para este tipo de atención, se entiende que no es una situación fácil, ya que la posibilidad de mayor apertura de horarios de UCI, tal vez agudizaría la dificultad de algunas situaciones para ayudar a la familia del paciente, en las condiciones óptimas como desean las enfermeras. La síntesis es que en la mayoría de estudios aportados, por grupos de problemas, parece haber más afinidad que discordancia entre autores.

7.3. Líneas asistenciales de comunicación en Enfermería hacia el futuro

Una línea asistencial relevante, se deriva de la aplicación de la ley 41/2002 de Autonomía del paciente, que a juzgar por las revisiones documentales realizadas, requiere seguir expandiendo el cambio cultural que comporta, en lo que respecta a comprender la subjetividad del paciente, la integración de su familia y la ayuda a una muerte digna.

Por otro lado, es esencial la formación en comunicación, como herramienta que favorece el cambio cultural y de mentalidad, por ej, en el aspecto aludido de esta ley, así como otros problemas referidos en este estudio, como es promover la empatía y la inteligencia emocional. Aspectos que simultáneamente, favorecerían el bienestar de la enfermera, al evitarle un desgaste adicional por el hecho de no disponer de los recursos formativos y asistenciales adecuados. Aunque se reconoce la falta de estudios que puedan documentar ese tipo de intervenciones con éxito, se impulsa seguir avanzando con estas experiencias (Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas, Harkness, 2015: 510-517), dada la extrema necesidad de mejorar la comunicación en salud (Manojlovich, Squires, Davies, Graham D, 2015: 10:58). Este proceso, según se ha puesto de relieve, requiere también la adecuada preparación de los profesores mentores de prácticas, así como estudiar la participación de las enfermeras asistenciales en ejercicio en la formación del estudiante (Rebeiro, Edward, Champman, Evans, 2015: en prensa), exploración de interés para futuras investigaciones.

7.4. Reflexión crítica en función de los datos obtenidos

La interpretación de la documentación revisada, desde una perspectiva sociológica permite resumir elaboraciones como las siguientes:

En cuanto a la *definición del concepto de comunicación*, no se localiza ninguna aportación que considere como universal una definición del concepto de comunicación. Por su parte el Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas¹⁴³ apunta:

"Nunca se ha elaborado una descripción completa y exhaustiva de ninguna lengua como sistema formal para la expresión de significados. Los sistemas lingüísticos son enormemente complejos... y la lengua de

¹⁴³ Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2002). Marco común europeo de referencia para las lenguas: aprendizaje, enseñanza, evaluación. Madrid. Consultado 18 septiembre 2015: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/marco/cvc_mer.pdf

una sociedad nunca llega a ser dominada por ninguno de sus usuarios, ni puede ser así, pues cada lengua sufre una evolución continua como respuesta al uso de las exigencias de la comunicación” (Pág. 106)

En la propuesta de Berger y Luckmann (1983) desde la sociología del conocimiento y a través de su obra “La construcción social de la realidad”, se ha encontrado un marco teórico plausible para comprender, desde su perspectiva, la producción, mantenimiento y reproducción de la realidad. En esta interviene el instrumento del lenguaje para la construcción comunicativa (especialmente cara a cara) y participa en los procesos de objetivación (institucionalización y legitimación) y subjetivación (socialización primaria y secundaria) en conexión con el cúmulo de conocimiento existente en la sociedad en un momento dado. Desde esta lógica (aquí como esquema muy elemental), se produciría para estos autores la realidad, requiriéndose rupturas para su innovación, ante convenciones tradicionales acerca del conocimiento. Desde dicha perspectiva, a mi juicio, estos autores aportan un marco teórico sociológico compatible con la construcción social de conocimiento, que es el tipo de fenómeno en el que se integran las competencias desde la perspectiva del EEES y en consecuencia la competencia comunicativa.

Sobre la *clasificación teórica de la comunicación humana*. Son múltiples las clasificaciones que aparecen en la documentación revisada, y no parece haber acuerdo unánime entre autores, dado que incluyen indiscriminadamente una serie de terminologías (como tendencias, escuelas, perspectivas, etc.), sin correspondencia en sus clasificaciones. Indistintamente de las interpretaciones de dichas clasificaciones, desde la perspectiva sociológica emergen de forma persistente dos líneas matrices principales. Estas se corresponden con la publicación en 1948, de *The Mathematical Theory of Communication* a cargo de C. E. Shannon (1916-2001), aportación conocida como modelo matemático o modelo lineal de comunicación y el de la Escuela de Palo Alto, conocido como modelo circular o modelo cibernético, que encuentra representación en la obra *Teoría de la comunicación humana* de Watzlawick, Bavelas y Jackson (1987).

La aportación lineal, como referente interpretativo desde las ciencias sociales, ha recibido reiteradas críticas a través de expertos teóricos de la comunicación, en general, consistentes, precisamente, en esa modalidad lineal que prescinde del contexto humano en el cual emerge la comunicación interpersonal y que se hace irrenunciable para comprenderla. A pesar de dicha crítica, los mismos autores (por ejemplo Carey (1989); Cronen (1995), Deetz (1994), Pearce (1989), Peters (1989), Rothenbuhler (1998), Pastor (1933), Sigman (1992, 1995), (citados por Craig, 1999) reconocen su persistente aparición en manuales y otras publicaciones referidas a la comunicación desde las ciencias sociales. La aportación circular, parece así ajustarse a mejor reconocimiento como referente para las ciencias sociales. Sin embargo, dicho modelo circular de comunicación, según la aportación de Palo Alto, se reconoce como un modelo de desarrollo deficiente en aspectos como pueden ser determinadas conceptualizaciones y validaciones, entre otros. No obstante, las críticas al modelo circular, son en general diluidas y poco concretas, cuando no veladas u obviadas. La salvedad, por lo que respecta a este análisis documental, ha sido la localización de un trabajo no publicado, realizado en México, por un ingeniero, analista de sistemas de computación (Bosch, M.H. 2006), que en su etapa de Doctorando en Comunicación Social, realizó un análisis crítico exhaustivo del referido modelo circular de la comunicación, donde refleja algunas de las inconsistencias citadas para dicho modelo.

El escaso desarrollo de las teorías de comunicación interpersonal (entre cuyos antecedentes sociológicos destaca la aportación de Mead, en su obra *Espíritu, persona y sociedad*, 1934) en el contexto del pragmatismo de la Escuela de Chicago, se comprende especialmente, al tener presente la persistente influencia hegemónica del modelo científico positivista hasta época reciente en nuestro medio y resultar difícil de ajustar el componente subjetivo de la comunicación a la ortodoxia de este modelo. En cambio, ante estas consideraciones, ha jugado mejor suerte el despliegue teórico y metodológico de la comunicación de masas y de medios de comunicación, con explosión inaudita mediante el desarrollo de las TIC. Impactos de la comunicación interpersonal mediada, están en la actualidad en la agenda de investigadores especialistas en comunicación, y de forma común aparecen en publicaciones de EEUU, dado que como fenómeno masivo, a medio o largo plazo, deberá tener su efecto en la dimensión comunicacional “tradicional” o cara a cara, cuyo impacto presente, parece tal vez innecesario

nombrar. A pesar de lo expuesto, algunos axiomas o postulados del modelo teórico circular pueden resultar valiosos, como por ejemplo la aseveración de Watzlawick, Bavelas y Jackson (1987) al referir que "toda acción comunicativa esta relacionada con un acontecimiento que le precede", lo que a su vez produce algún tipo de reacción en el receptor o entre las personas concurrentes en la situación comunicativa, retroalimentando al emisor, lo que le daría al modelo el referido carácter de circularidad.

Junto a estos razonamientos, la temática de este estudio se beneficia de la evolución, de la historia de la ciencia en el cambio de siglo, en el sentido de que la reinterpretación paradigmática de las ultimas décadas, especialmente representada en el contexto educativo universitario, mediante el EEES, favorece que entre en juego la perspectiva constructivista, como uno de los modelos constitutivos para las competencias. Dicha modalidad constructivista, a su vez, es también compatible con la construcción de la comunicación interpersonal en base al marco teórico propuesto por Berger y Luckmann (1983). Paradójicamente, el retraso en la confección y difusión de material académico de referencia del nuevo paradigma universitario, ha incrementado una complejidad sumativa a la atribuida previamente a la teoría de la comunicación interpersonal, en relación a la construcción competencial enfermera. Sin embargo, el perplejo contexto descrito, no ha hecho más que agudizar el interés en responder al reto contemplado en esta tesis, en el convencimiento de su posible utilidad: realizar una propuesta de diseño de la competencia comunicativa, específica para la titulación de enfermería.

La *competencia comunicativa*, esta condicionada por el marco situacional, en tanto que es uno de los rasgos constitutivos de dichas competencias, desde la perspectiva constructivista. Con sus atributos de conocimientos, habilidades y actitudes, las competencias se orientan a la acción y resolución de problemas en el ámbito profesional, mediante cuya actuación uno se muestra competente o manifiesta algún nivel de adquisición de esa competencia. Desde esta consideración, parecería que la competencia comunicativa para hablar en público o ante un auditorio, próxima al carácter de transversalidad atribuido por la Universidad de Barcelona (2008), presentaría cierta ventaja en su diseño o construcción, en relación con una competencia comunicativa específica para profesionales de la salud, en este caso enfermería. Dicha ventaja vendría condicionada por las características de la interlocución, donde frente a un orador más o menos proactivo en el acto de hablar en público, aparece un auditorio que sin ser pasivo como interlocutor, carece de turno de habla, hasta que el orador lo facilita o el discurso finaliza, contrario a la alternancia frecuente del discurso que se da en una conversación de carácter ordinario o específicamente profesional. Así, esta modalidad, presenta ventajas a nivel formativo, en la medida que el comunicador competente puede prepararse en base a un marco situacional relativamente previsible (en la línea de los planteamientos de Goffman¹⁴⁴, por ejemplo, en sus obras "La presentación de la persona en la vida cotidiana" (1971) o "*Frame analysis. Los marcos de la experiencia*" (2006), donde su actuación estará condicionada a dar un tipo de respuesta determinada sobre temas pre-establecidos, pudiendo prepararse en la adquisición de sus habilidades (lingüísticas, paralingüísticas, kinésicas, etc.), así como prevenir la posible reacción del auditorio dependiendo del propio status del orador y de otros aspectos contextuales, por citar algunos aspectos típicos de este tipo de situaciones. No obstante, los conocimientos, habilidades y actitudes enfocados al comportamiento del comunicador, así como su exposición adecuada al contexto del auditorio, serán en todos los casos necesarios, si se desea formar a comunicadores competentes, incrementando su complejidad, en función del lugar de desempeño profesional a acometer (Morreale, Rubin , Jones *National Communicaton Association, 1998*).

En el ámbito de la *asistencia en salud*, tiene gran importancia la modalidad comunicativa centrada en la objetividad, especialmente para la interpretación diagnóstica de los signos de

¹⁴⁴ En relación a Goffman, lo que aquí se quiere transmitir es que su perspectiva sociológica, a mi entender, le confiere un carácter de "previsibilidad" en cuanto a la actuación social. En cambio, desde el comportamiento situacional en perspectiva psicológica, sería mas difícil preestablecer los temas que pueden emerger en un dialogo o conversación, etc.. (aunque integre igualmente los referentes marcos de la perspectiva sociológica que confieran cierta previsibilidad al desarrollo del diálogo).

enfermedades. Sin embargo, a efectos de construcción de una *relación asistencial*, recobra especial relevancia la modalidad subjetiva de la comunicación, en la medida que el componente experiencial de la salud, precisa del componente personal narrativo, como medio de complementar con la modalidad objetiva (si esta emerge), la intensidad de una afectación o vivencia determinada en el paciente. Por lo que respecta a la competencia comunicativa específica, concretada para la titulación de enfermería, cabe tener presente, que el modelo profesional de relación asistencial actual, se interpreta centrado en el paciente, según esta legislado, y cuya conciencia profesional, a juzgar por las publicaciones en el tema, no parece estar muy difusa (por ej. entre los estudios revisados para la atención del paciente crítico y su familia, no se nombra esta ley, 41/2002 de Autonomía del paciente y afecta a las características de la relación asistencial) por lo que aun queda trabajo por hacer, incluida, si cabe, su relevancia en el área formativa. En este caso, la situación se complica, por la diversidad de marcos situacionales que pueden emerger, condicionados, no solo por las características profesionales de la enfermera, sino por las características de la persona interlocutora, en su condición de paciente y en su caso familia, agregando la posibilidad de shock emocional producido por cualquier modalidad de pérdida (incluidos los impactos diagnósticos o episodios graves de enfermedad), que pueden dificultar aun más el proceso comunicativo.

Sin embargo, la revisión de familias de situaciones en las que puede ejercer la enfermera, permiten comprender que en cualquiera de los marcos comunes de actuación enfermera (asistencia primaria, hospitalaria, domiciliaria) y en cualquiera de las situaciones de salud o enfermedad, se da la persistencia de una constante que caracteriza en buena parte de las actuaciones relacionales de la enfermera con el paciente: se trata del apoyo, ánimo, consuelo, estímulo, acompañamiento, comprensión, ya sea en su modalidad emocional, informacional, instrumental, etc.. La cuestión es que se observa, que buena parte de los comportamientos comunicacionales de la enfermera con el paciente, van dirigidos a estas acciones esenciales de la relación de ayuda. No obstante, tras la multiplicidad de temas de comunicación, salud y enfermería, consultados y reflexionados, una persistencia llama la atención: el contexto social esta poco representado, elemento clave de la competencia comunicativa propuesta por Hymes, (1984, 1995). En la mayoría de cuestiones abordadas, se echa en falta lo que, a mi juicio, debería ser un nexo común en comunicación. Ello puede explicar la prolongación de algunos problemas que para ser reinterpretados, requieren, a mi modo de ver, la relación con su conformación natural. Empleando algún ejemplo desde la sociología de la salud, una posible causa del origen de este problema apunta hacia los antecedentes teóricos positivistas (Bie Nio Ong et al. 2014: 226-238)¹⁴⁵ y una segunda hipótesis, apunta hacia la necesidad de contraste y reflexión crítica entre intereses innovadores y sus repercusiones a nivel social. Un ejemplo podría ser el caso de las revisiones de estudios sobre la empatía en enfermería realizados en este trabajo. En ellos, se han empleado multiplicidad de cuestionarios más menos elaborados para su medición, con el mayor rigor de presentaciones y soporte teórico de resultados. Y en cambio, en general, se echan en falta análisis contextuales que pudieran explicar por ej., discordancias entre la formación y lo que se pretende medir. Los análisis, en general, se centran en resultados estadísticos de la muestra estudiada y contrastes entre autores según marca la ortodoxia para este tipo de estudios y por otro lado, se muestran menos ocupados en las garantías de recepción u obtención (*input*) de lo que se quiere medir e indagar (*output*) y si ambas coordenadas están en sincronía (por ej a partir de modalidades de formación). Un segundo ejemplo, donde se echa en falta el contexto en el ámbito de la comunicación y salud, es a través de estudios de enfermería en nuestro medio dedicados a la atención familiar, con la salvedad del caso de cuidados críticos y cuidados paliativos (donde generalmente, también se reclama la necesidad de atención a los familiares). La familia esta todavía poco representada en relación con enfermería y con el sistema sanitario en general en nuestro medio (y a juzgar por algunas publicaciones revisadas no solo en nuestro país). Otra cuestión distinta es cuando se trata de algún enfoque racionalizador de recursos, como pasa con la atención domiciliaria y en la especialidad de salud mental, por esta misma pretensión racionalizadora. Complicidad de la que pacientes y familias participan en ocasiones con satisfacción, como aludían los autores citados (Bie Nio Ong et al. 2014: 226-238) para el caso del paciente experto ("facultado", "autónomo", "proactivo", "co-productor", etc.) en el National Health Service en el Reino Unido,

que en suma, hacen que el paciente sea capaz de comprometerse con las innovaciones tecnológicas a la vez que permite restricciones a las exigencias impuestas a sus servicios, aunque, simultáneamente, dichas campañas refieran la necesidad de que estos pacientes se sientan apoyados en su autogestión (Bie Nio Ong et al. 2014: 227).

Finalmente, aunque pueda resultar evidente, me parece relevante apuntar que las dificultades comunicativas relacionadas con la profesión enfermera que aparecen en este estudio, no son exclusivas de esta profesión asistencial en salud. Son fruto de una época, en la que enfermería se ha esforzado mucho para el avance de esta profesión, como sucede con otras facetas de la historia social de la mujer en general. Con ello se entremezcla el estado del "cúmulo" de conocimiento social, expresión tomada de Berger y Luckmann (1983). En este sentido, se comprende que los requerimientos emocionales de paciente y familia, necesitan que la neurociencia avance para que prospere la formación en inteligencia emocional en enfermería, y aunque empieza a vislumbrarse luz, se necesita la progresión de sus aportaciones. Esta cuestión podrá ayudar mucho a la profesión enfermera, aunque hace falta tener presente que es necesaria esta evolución, dado que en todo momento, la dedicación de enfermería al cuidado de la salud humana es inconmensurable.

¹⁴⁵ Bie Nio Ong, Rogers, Kennedy, Bower, Sanders, Morden, Cheraghi-Sohi, Richardson, Stevenson (2014). Behaviour change and social blinkers? The role of sociology in trials of self-management behaviour in chronic conditions *Sociology of Health & Illness* 36(2):226-238

**VIII
CONCLUSIONES**

8. Conclusiones

8.1. Hallazgos relevantes

- *Los estudiantes de Enfermería presentan dificultades en la socialización profesional en comunicación, que se agudizan en el caso de pacientes graves y sus familias, donde el comportamiento del alumno se vuelve evitativo.*
- *Esta situación carencial proviene de la enseñanza-aprendizaje teórico, teórico-práctico y práctico, fruto de una serie de cambios sociales, entre los que tiene especial relevancia el Espacio Europeo de Educación Superior y la implantación de los planes de estudio por competencias. A su vez, en el caso de la comunicación en la formación enfermera, se agudiza su visibilidad a través de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, al proponer un determinado tipo cualitativo de relación asistencial, hecho que acentúa la necesidad de adecuación de esta formación. En la situación actual, la comunicación, requiere de una sincronía de la formación teórica y práctica, que podría verse facilitada con la creación de una estructura específica de competencia comunicativa a nivel académico y la creación de recursos y estrategias teóricas y prácticas para su impartición.*
- *En el contexto asistencial, y en general, en la praxis profesional, las situaciones de dificultad comunicativa y en concreto con los pacientes graves y sus familias, no se expresan como problema. En general, el hecho de que la muerte sea un tabú en esta sociedad, afecta a los profesionales como al resto de ciudadanía. Así, en tanto no emerjan cambios en favor de una pedagogía de la muerte durante la socialización en la enseñanza general básica, desde la formación asistencial en salud, trasluce una dificultad de afrontamiento, cuya mejora acostumbra a relacionarse con la experiencia y crecimiento personal individual. Estos recursos, son difíciles de alcanzar por los estudiantes por su juventud temprana. En consecuencia, entre unas circunstancias y otras, es complejo poder hacerles frente de modo directo y causal, dado que las posibles estrategias que podrían ayudar profesionalmente, no están disponibles de forma generalizada y/o consolidadas en la formación.*
- *Durante las prácticas en el ámbito asistencial, la situación descriptiva en torno a las actuaciones comunicativas en estudiantes, no permite visualizar con claridad en quien recae la responsabilidad de aprendizaje. Parece que se le atribuya al estudiante la causa y responsabilidad de sus actuaciones en este tipo de situaciones. Comunmente, el peso principal de la responsabilidad de la formación de base del estudiante, recae sobre la Escuela, que es quien le inscribe en su formación para la titulación. Por tanto, los profesionales asistenciales, de alguna manera, no hacen suya esta atribución. A esto se agrega, que en muchos casos, los profesionales tampoco tienen resuelto este problema, aspecto que hace plausible que desde cierta veteranía profesional resulte difícil de explicitar.*
- *Desde los cuidados críticos, la evidencia demuestra que hay enfermeras preocupadas por los cuidados de la familia del paciente grave, cuya atención les causa un estrés significativo. Con las familias se tiende a dialogar más sobre cuidados físicos, el tratamiento o la enfermedad y en otras ocasiones se habla muy poco con las familias. El fenómeno que se describe no es una situación fácil y con ella la enfermera tiene que gestionar su cotidianidad profesional, dado que cualquier eventualidad carencial formativa, no le exime de seguir suministrando responsablemente cuidados a los pacientes. En la medida que el problema persiste, la enfermera convive laboralmente con la presencia de estrés adicional. Al tratarse de un problema generalizado, para el que no se han adjudicado los debidos recursos y es difícil su solución a nivel individual, la situación se va perpetuando y en su caso reproduciendo a nivel de modelado e imitación de rol por los estudiantes.*

- *En ocasiones la información la brinda el médico, especialmente en situaciones de mayor gravedad o muerte.* La reestructuración de roles y distribución de tareas clínicas pertenece al ámbito institucional asistencial y no al formativo académico. La solución de la dificultad planteada en el ámbito de Enfermería, es una cuestión que compete a esta profesión solucionar, en la medida que afecta al profesional y le interesa disponer de estrategias para relacionarse con la familia del paciente. Se trata de reforzar la posible vulnerabilidad y evitar que pueda sentirse desanimada en relación con el paciente grave y su familia, cuyo objetivo primordial, es que paciente y familia obtengan de la enfermera los cuidados y apoyo psicosocial que necesitan.
- *Este tipo de problemas fueron planteados y descritos para enfermería en el ámbito internacional en los años 90 y una década después en España. En los años 90, se atribuyó la situación al "descuido educacional".* Se trata de aportaciones de autores, cuyo análisis procede de trabajos, incluso previos a los años 90. En cualquier caso, la profesión enfermera ha evolucionado mucho, a la par que la misma sociedad, y sin poner en cuestión la descripción, valía y utilidad de los aludidos trabajos (por ej. a través de Matthews, (1983) May (1990), Shatell (2004)¹⁴⁶ , en la actualidad, no pueden trasladarse a nuestro medio, y en el contexto y muestra estudiada, algunas atribuciones descritas para entonces en los estudiantes (por ej. el extremado peso de los trabajos de tipo físico y doméstico). Otra cuestión, es que el tema que se aborda en este trabajo no esté resuelto, como se pone de manifiesto en los párrafos anteriores. No obstante, se interpreta más como un problema derivado de la dinámica de los cambios sociales que de descuido educacional, propiamente dicho, lo cual en ningún momento pone en cuestión las adjudicaciones de los años 90 para los estudiantes de enfermería, al contrario, disponemos de elementos interpretativos en nuestro medio, que inducen a pensar en ese tipo de dinámica para otros tiempos, que posiblemente aun describiría alguna enfermera contemporánea de cierta edad. Por otro lado, queda explícito en esta investigación que la comunicación en sí misma, es muy compleja y tiene sus retos en relación con su propio desarrollo teórico.
- *A juzgar por la documentación obtenida esta problemática resulta similar a nivel internacional.* Distintas aportaciones ponen de relieve esta necesidad acuciante, expresada mediante estudios de temas y subtemas relacionados con la comunicación, y su perspectiva docente y asistencial. En especial, surge la falta de integración de conocimientos y experiencias, que permitan comprender la dirección a adquirir en esta temática desde las dos vertientes citadas. Aproximarse a esta comprensión, requiere profundidad, dado el estado de falta de consenso en la teoría de comunicación¹⁴⁷.
- *La educación experiencial en comunicación, el trabajo e intercambio en pequeños grupos, junto con un programa de preparación teórica y seminarios específicos adecuados, podría mejorar esta situación en el ámbito práctico, teórico y teórico práctico.* Algunas aportaciones de la neurociencia permiten vislumbrar la dirección y significado del trabajo experiencial y en particular, en relación con la gestión emocional, por lo que respecta a este estudio. Las experiencias en este campo desde Enfermería requieren recorrido, sin embargo, esos mismos estudios, argumentan la necesidad de seguir avanzando en este campo, de forma que a partir de la experiencia, aumente la evidencia y recursos, para hacerle frente de una forma mas consolidada y apropiada.

¹⁴⁶ El trabajo de Fleischer et al., (2009) al ser posterior, ya denota una cierta evolución en algunos de estos aspectos. Por añadidura, tiene su propio enfoque de investigación con un encauce mas teórico en comparación con el resto de autores mencionados.

¹⁴⁷ Especialmente enfatizado por Craig (1999) y Craig & Muller (2007).

8.2. Respuesta a pregunta, hipótesis y objetivos

A partir de estas aportaciones de la investigación propuesta, se da respuesta a los apartados formales: pregunta de investigación, hipótesis y objetivos. En cuanto a la *pregunta de investigación* se formula en los siguientes términos,

- ¿Qué concepción tienen los estudiantes de enfermería de su formación en comunicación? *A partir de los resultados obtenidos, los estudiantes de enfermería de la muestra y contexto estudiado, se muestran interesados en la comunicación, tras el aprendizaje de habilidades en general, propias de la profesión. Puede interpretarse que desearían aprender más habilidades comunicativas, en particular, relacionadas con situaciones de dolor, gravedad y muerte. Sin embargo una preocupación prioritaria es encontrar trabajo al terminar los estudios y manifiestan un marcado interés por la identidad profesional enfermera.*
- ¿Por qué dichos estudiantes evitan comunicarse con los pacientes graves y sus familias, durante sus prácticas asistenciales? *En este sentido, los informantes estudiantes apuntan limitaciones en el aprendizaje de este tipo de habilidades. Profesionales que participan en su formación, apuntan que los estudiantes tienen miedo y se abaten con este tipo de pacientes y familias. A juzgar por aportaciones de la neurociencia y neuroimagen, podría interpretarse que ante situaciones de miedo, se tiende a la evitación.*
- ¿Hasta que punto el fracaso formativo en la comunicación enfermera-paciente, es el resultado de la inadecuación del programa teórico y teórico-práctico docente? *El programa teórico, en general, responde a cánones y estándares propios de la profesión, legislados en su base y debidamente revisados y consensuados por el equipo docente responsable de esta formación. La competencia comunicativa de forma específica no está desarrollada, como en tantos otros centros, a juzgar por la escasa documentación obtenida en este aspecto concreto. Otra cuestión, es la complejidad de las competencias académicas según el EEES, en muchos casos en proceso de construcción, a lo que en este caso, se agrega la complejidad no menor de la comunicación. No obstante, es evidente que esta formación concreta no se adecua a los requerimientos normativos actuales, ni a las necesidades de la praxis enfermera, ni a los requerimientos del paciente grave y su familia.*
- ¿Hasta que punto el fracaso formativo en la comunicación enfermera-paciente, es el resultado de relaciones de fuerza entre diversas categorías de actores, que tienen recursos y estrategias de actuación diferentes? *La docencia y la asistencia aunque mantienen sus vínculos en común, pertenecen a culturas y lógicas organizacionales diferentes, marcadas por dinámicas laborales y objetivos profesionales distintos, con aspectos convergentes. En la etapa actual, deberían buscarse fórmulas, para que a través de mentores y tutores preparados para determinados fines, se sincronizara esta formación, especialmente mediante enseñanza programada de refuerzos en prácticas que integran metodologías experienciales y proactivas para hacer frente a la comunicación con el paciente y en especial con los pacientes graves y sus familias.*
- ¿Cómo podría explicarse esta situación? *El cambio del siglo XX al XXI ha conllevado giros drásticos, especialmente socioculturales y tecnológicos, de dimensiones desconocidas. Estos cambios han reportado gran relevancia para la comunicación, especialmente en lo que concierne a la modalidad tecnológica mediada y aspectos cualitativos de carácter interpersonal con fines diversos (por ej. en el sector servicios; mercantil y empresarial, etc.). En el ámbito de la salud, la repercusión comunicativa que emana de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, esta, sin duda, entre las más relevantes de las políticas asistenciales actuales de salud pública. Por otro lado, la comunicación retoma fuerza a través de las redes sociales, y de forma particular, conecta intereses ciudadanos en favor de una mayor calidad democrática para la ciudadanía, regeneración, que a mi juicio, debiera ser contemplada, programada y sostenible en el siglo XXI para un mundo global. En este contexto y desde el punto de*

vista formativo, a los estudiantes habría que ayudarles a ser mejores ciudadanos que sus predecesores, y la comunicación es la herramienta por excelencia.

- ¿Cómo podría mejorar esta situación?
Una exploración como la realizada en este estudio y sobre este tema en particular, permite comprender que en comunicación hay grandes dificultades teóricas derivadas de la complejidad de la mente y el conocimiento que de ella tenemos en el presente. Sin embargo, avances en las ciencias en general y de las neurociencias en particular, junto a otras derivaciones de la producción e intercambio de conocimiento, con toda probabilidad favorecerán avanzar en este campo. El esfuerzo, voluntad y tenacidad de quienes participamos en la formación, la investigación y la innovación docente constante, pueden favorecer alcanzar retos para avanzar en la dirección deseable.
- ¿Cómo podría adecuarse a las exigencias del EEES, la impartición de un programa docente que impulsara la competencia comunicativa en enfermería?
La teoría y la práctica académica acerca de las competencias presenta todavía grandes incógnitas, incluida su evaluación. Sin embargo, en el tema que ocupa a este estudio, se sabe lo que se necesita "hacer", se sabe como se debe de "ser" y se sabe como hay que "estar", y lo más importante, se conoce la demanda y el significado para los receptores. Solo queda formar enfermeras para mejorar la comunicación con los pacientes y sus familias. Por tanto, una posibilidad, es avanzar en realizar propuestas para ser consensuadas y mejorar soluciones a problemas. Este tipo de participación, es la vía por la que ha optado este estudio y la comunicación impregna, a la vez que participa, en la construcción social de la realidad.

La investigación da respuesta a las *Hipótesis* planteadas:

Acerca de la Hipótesis 1. La socialización secundaria del estudiante enfermería, no consigue una modalidad relacional y comunicativa fluida con el enfermo y su familia, y se convierte en ambigua o evitativa a medida que aumenta la gravedad del paciente. Los resultados obtenidos mediante el cuestionario exploratorio "La comunicación entre un conjunto de habilidades", confirman que la modalidad relacional de los estudiantes con el enfermo y con el enfermo grave y su familia no es una prioridad para los estudiantes entre un conjunto de habilidades enfermeras. Los resultados mediante la entrevista a partir de profesionales en ejercicio, confirman que la modalidad relacional de los estudiantes con el enfermo y su familia se convierte en ambigua o evitativa conforme aumenta la gravedad del paciente.

Acerca de la Hipótesis 2. Entre los diversos factores que potencialmente inciden en dicho fenómeno, se incluye la posibilidad de que la modalidad docente teórica y teórico practica, no se ajuste debidamente a las necesidades y expectativas de los estudiantes, ni a los requerimientos asistenciales actuales. Los resultados obtenidos mediante el cuestionario "Retos comunicativos en el curso del aprendizaje", muestran que los estudiantes atribuyen como limitación la adquisición de habilidades comunicativas en relación con el dolor, la gravedad y la muerte (es decir no es incluido entre los aspectos favorables del aprendizaje, sino entre los que no se han alcanzado). Por otro lado, narraciones a partir de la entrevista, en contraste con documentación secundaria (legislativa y otra normativa institucional) confirman que la modalidad docente (teórica y teórico practica), en relación a la comunicación ante la gravedad, el dolor y la muerte, así como habilidades relacionales en general, no se ajusta a las necesidades y expectativas de los estudiantes, ni a los requerimientos asistenciales en la actualidad.

Respecto a la Hipótesis 3, entre los diversos agentes a tener en cuenta en dicho fenómeno, cabe contemplar la posibilidad de que la dinámica asistencial, no favorezca una socialización facilitadora de la interactividad de los estudiantes. Se constata que las dificultades relacionales de los estudiantes aumentan en función de la gravedad del paciente y su relación con la familia de este paciente, según ponen de manifiesto los resultados del instrumento Percepción de

elementos comunicativos durante la formación (cuestionario). Por otro lado, la entrevista aporta evidencia de que los estudiantes en las situaciones de pacientes graves y sus familias, tienden a imitar el comportamiento que ven en las/los profesionales de enfermería en ejercicio. Berger y Luckmann, (1983: 205) atribuyen la expresión de socialización deficiente cuando se trata de falta de simetría entre la realidad objetiva-subjetiva (en relación con la identidad), modalidad compatible con esta parcela comunicativa de la faceta del cuidar o fenómeno de estudio.

La presente investigación da respuesta al *objetivo general* de analizar la formación en comunicación en los estudios de la Diplomatura Universitaria de Enfermería identificando los elementos que se consideran esenciales y profundizando en teorías y modelos de la comunicación humana, que permitan elaborar una propuesta formativa encaminada a una comunicación de calidad en los estudios de grado de enfermería. *El conjunto del estudio ha permitido la consecución del objetivo general, complementado con el alcance de los objetivos específicos y la propuesta formativa encaminada a una comunicación de calidad, como propósito principal de este estudio.*

En cuanto al *objetivo específico 1*, explorar la preocupación que los estudiantes de enfermería muestran, hacia la comunicación con el paciente y su familia en los distintos niveles asistenciales, como parte del desempeño de sus actuaciones durante el periodo de socialización. *La exploración se ha realizado a partir de la información obtenida mediante los tres instrumentos (cuestionarios) empleados, así como mediante la información que ha reportado la entrevista. En esencia, la comunicación es un tema que preocupa a los estudiantes en un nivel medio, medio-alto, en especial con la familia del paciente ante la gravedad, y tras el aprendizaje de las técnicas y habilidades generales de la profesión (por ej. de tipo médico-quirúrgico).*

Sobre el *objetivo específico 2*, identificar las dificultades relacionales que expresan tener los estudiantes durante sus prácticas con el paciente y familia, y de forma especial, con el paciente grave y su familia. *Los profesionales asistenciales informan que los estudiantes evitan relacionarse con la familia del paciente grave y cuando un paciente muere les causa conmoción. Este aspecto se refuerza a través de los propios estudiantes cuando expresan la adquisición de habilidades relacionadas con la gravedad, el dolor y la muerte como una limitación en sus prácticas, que no como habilidades adquiridas.*

En relación con el *objetivo específico 3*, estudiar la opinión que a profesionales de enfermería con diversos grados de veteranía y estatus, les merece la relación comunicativa de los estudiantes con el paciente y su familia, y especialmente ante la gravedad y la muerte. *Los profesionales describen lo aludido anteriormente, que los estudiantes evitan este tipo de acercamiento. Sin embargo, en algún caso, mediante la entrevista, se ha reconocido que los propios profesionales pueden actuar con este tipo de dificultades, y en consecuencia, se apunta, que es fácil que el estudiante reproduzca lo que ve hacer.*

Acerca del *objetivo específico 4*, analizar las aportaciones de los informantes, a fin de profundizar en los aspectos esenciales obtenidos con la perspectiva de optimizar una propuesta formativa. *Las aportaciones de los informantes, han sido de gran valor y han resultado muy ilustrativas para estructurar la propuesta formativa. Aparte de contemplar las propias necesidades de los estudiantes y óptica profesional asistencial, sus sugerencias coinciden plenamente, tanto con la propuesta del Espacio Europeo de Educación Superior, como con la misma construcción de la competencia comunicativa por parte de los expertos, en el sentido de ser contextualizada al máximo en escenarios reales. Por otro lado, esta modalidad (por su inmediatez o cercanía con la realidad asistencial) es la que apunta mejor simulación a los efectos de mejorar la calidad de la relación asistencial vinculada con la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente.*

Sobre el *objetivo específico 5*, contrastar las fuentes primarias del estudio con otras fuentes secundarias relacionadas con esta temática, de forma que permitan profundizar en la comprensión del fenómeno desde una perspectiva sociológica. *Las fuentes primarias del*

estudio, en contraste con las secundarias, están en consonancia con la propuesta de este estudio y han aportado evidencia para comprender el fenómeno. El desarrollo de la competencia comunicativa específica, es una necesidad indispensable en Enfermería, en especial en relación a las necesidades asistenciales planteadas y la cobertura que la relación asistencial alcanza a través de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Este aspecto, ha sido contemplado de forma consecuente, por el Código Deontológico propuesto por el Consell de Col·legis Professionals d'Infermeria a Catalunya, en el año 2013. A nivel formativo, en este mismo sentido, se pronuncia el Espacio Europeo de Educación Superior, también la Universidad de Barcelona para las competencias generales o básicas y la misma Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, adquiere compromiso con la mejor formación para unos cuidados de calidad al paciente y su familia.

Acerca del *objetivo específico 6*, elaborar una propuesta formativa que contemple y prevea la mejora de los elementos que dificultan la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en el estudiante, a la vez que concuerde con la faceta comunicativa del cuidar en el presente, mediante la actualización de sus contenidos. *Realizada y presentada como propuesta que integra tres versiones posibles, que provienen de la revisión y contraste de los consensos internacionales en comunicación. Se opta por proponer:* a) *de Europa, profesionales de la salud* (A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions); b) *de Australia, Enfermería* (Propuesta propia en base a la fuente: Nursing and Midwifery Board of Australia, 2013. National competency standard for the registered nurse, 2006 revisada); c) *de Europa Enfermería* (propuesta propia en base a la fuente: Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI (2008), financiado por la Unión Europea a través del programa Leonardo da Vinci. La presentación de la propuesta indicada se realiza en el siguiente apartado.

I X

PROPUESTAS POSIBLES EN COMPETENCIA COMUNICATIVA

Como innovación docente

9. Propuestas posibles en competencia comunicativa como innovación docente

Articulación de la propuesta formativa

La articulación de la propuesta formativa de la presente investigación, toma en consideración que según se ha planteado en la Introducción de este estudio, se ha reconocido en publicaciones diversas, y en concreto en Enfermería, que la formación por competencias genera enigmas en cuanto a procedimiento, implementación y evaluación en los cinco contenidos (Blazun, Kokol, Vosner, 2015), y en distintos países (Garside, Nhemachena, 2013), (Chen Yanhua, Watson, 2011), como sucede en otras disciplinas (Zlatkin-Troitschanskaia, Shavelson & Kuhn 2015). En consecuencia, la propuesta que se realiza, contempla la problemática planteada en relación con la necesidad formativa de comunicación en enfermería, así como la normativa actual en salud y educación en el estado español, entendiéndose que requiere su posterior consenso académico o docente. En base a la información preceptiva y documentación de referencia disponible se contemplan los siguientes aspectos:

1) Resultados del estudio primario de la presente investigación, donde en esencia, se demuestra que la dificultad relacional del estudiante de Enfermería con el paciente grave y su familia, aumenta conforme aumenta el nivel de gravedad del paciente (en la entrevista respuesta de 8-EDRHHELL), como sucede con su familia (Tabla 6.9 y Fig.6.5 y 6.6.). Se toma también en consideración que a partir de la muestra estudiada, profesionales en ejercicio apuntan que se dan casos en los que el estudiante imita la actuación de los profesionales (en la entrevista respuesta de 14-ENFDIR; 18-COORD), donde hay situaciones en las que las mismas profesionales asistenciales tienen dificultades para encarar este tipo de acontecimientos, en particular con la familia del paciente. Este aspecto queda documentado con las publicaciones que se aportan con este fin (Tablas 2.11, 2.12, 2.15, 2.17) donde desde Enfermería se piden herramientas formativas para hacer frente a este tipo de problema. Ello induce a pensar, que la modalidad formativa podría mejorar, entre otros aspectos, porque los mismos estudiantes y profesionales sugieren un tipo de formación proactiva (como rol playing, simulaciones, trabajo de casos y especialmente seminarios donde se puedan abordar y paliar problemas específicos planteados en las prácticas asistenciales, etc...) (Tabla 6.10). Deseablemente esta formación debería ser contextualizada en dicho espacio de prácticas y en seminarios teórico-práctico a partir de las clases teóricas. Sin embargo, un elemento esencial, a mi juicio, sería plantear la competencia comunicativa con una articulación y lógica propia, acorde con el EEES.

Una idea general sería, que aunque se plantea de forma esencial para primer curso, también sería posible como asignatura optativa en simultaneidad con dicho curso o una vez adquiridos los conocimientos de primer año. Igualmente, podría ser planteada de forma transversal a adquirir en los cuatro cursos, donde se realizara una estructura básica desde primer año y la participación adicional por cuotas de contenidos y asignaturas de forma secuencial y ascendente con sus especificidades (por ej. comunicación según etapas del ciclo vital, en el niño, en el adulto y en la vejez u otra posibilidad, en situaciones de patología, como por ej. comunicación en las enfermedades crónicas y en las enfermedades agudas, etc.). Se trataría de un seguimiento articulado para evaluar por asignatura/s y en su caso, por cursos y como producto final en la adquisición de la titulación. Sería relevante focalizarla en los resultados de aprendizaje a adquirir por el estudiante (sea por asignaturas y de la titulación) y que se puedan consensuar como idóneos por el equipo docente que intervenga en el desarrollo de esta competencia comunicativa. (Un referente sobre sobre implantación Tabla 9.16).

2) Legislación del Espacio Europeo de Educación Superior (Tabla 9.12), en particular el Marco Español de Cualificaciones (Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado (BOE), y los descriptores de nivel de Grado que constan en el mismo. (Tabla 2.24 y Tabla 9.11)

3) Construcción de competencia comunicativa según normativa: Legislación (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, Universidad de Barcelona y Escuela de Enfermería UB (Tabla 2.30).

4) Competencias específicas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona (Tabla 2.27)

5) Resultados de Aprendizaje que se espera que alcancen los estudiantes, en concordancia con el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, y en su caso con otras disposiciones europeas, como paso inicial según propuesta de ANECA (2013: 8-13), (Tabla 9-13).

6) Objetivos de aprendizaje (unos posibles incluidos en el desarrollo de la propuesta académica, Capítulo 9).

7) Pasos para establecer o implementar una competencia: Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (2011), Tuning (2007) y propuesta de Tardif (2008); (Aparecen en Tabla 9.10)

8) Legislación que de forma preceptiva implica la respuesta profesional al paciente y su familia en relación con la comunicación en salud en el estado Español (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente). Se desarrolla en el Capítulo 4.3 Comunicación y salud, apartado: La relación asistencial según la Ley 41/2002.

9) Código Deontológico de la Profesión de Enfermería, en particular el desarrollado por el Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya (2013), para el ejercicio de la profesión enfermera en Cataluña. Donde se explicitan los conceptos de Responsabilidad, Autonomía, Intimidad y Confidencialidad, implícitos en la mencionada Ley 41/2002, así como los conceptos de Justicia Social y Compromiso Profesional relacionados con la profesión de Enfermería.

10) Aspectos esenciales de la propuesta de contenidos, se proponen en el apartado 4.5 Como armonizar significados, de la presente investigación. Para ello se parte de a) Modelos asistenciales vigentes reconocidos internacionalmente en torno a la comunicación en salud: (a-1) Modelo de Atención Centrada en el Paciente, (a-2) Modelo biopsicosocial de salud. b) Orientaciones formativas de organismos internacionales en salud (b-1) OMS, (b-2) Consejo Internacional de Enfermería (donde en particular destacan la necesidad de aspectos relacionales y desarrollo del trabajo en equipo) c) Aspectos vinculados con la comunicación, con requerimiento de mejora según publicaciones analizadas desde Enfermería: (c-1) Trabajo en equipo; (c-2) Empatía; (c-3) Mindfulness; (c-4) Prosocialidad según se explica a continuación.

a) Modelos asistenciales vigentes reconocidos internacionalmente en torno a la comunicación en salud:

(a-1) Modelo de Atención Centrada en el Paciente, según reconocimiento de consensos internacionales de comunicación en salud: The Kalamazoo Consensus Statement (2001); Declaración de Basel (Kiessling, Dieterich, Götz, Hölzer, Langewitz, Mühlinghausel, Pruskil, Scheffer; Schubert, 2010: 259-266); Health Professions Core Communication Curriculum (Bachmann, Abramovitch, Barbu, Cavaco, Dago, Haak, Loureiro, Ratajska, Silverman, Winterburn, Rosenbaum, 2012:18-26). También dicho modelo es reconocido desde enfermería (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Association des Infirmières autorisés de l'Ontario, actualizado 2006), con la colaboración española de Investen del Instituto Carlos III de Madrid. (Tabla 4.15).

(a-2) Modelo biopsicosocial de salud. En cuanto al modelo biopsicosocial, se le vincula con el modelo de Atención Centrada en el Paciente, dado que por ej. a partir de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, se trata de comprender al paciente desde su contexto sociocultural y favorecer que este comprenda desde la cercanía empática, los aspectos del abordaje de su enfermedad y tratamiento, donde la subjetividad de la interacción adquiere especial relevancia. Sin embargo, el modelo biopsicosocial propuesto por Engels en 1977, no está exento de polémica por las peculiaridades de complejidad que genera su aplicación, cuestiones que han sido abordadas en

reiteradas publicaciones, por ej. Epstein (2014), Epstein, Fiscella, Lesser, Stange (2010), Epstein & Borrell-Carrió (2005), Borrell i Carrió, Suchman & Epstein (2004), Epstein, Alper, Quill, (2004), Borrell i Carrió (2002), habiendo generado un participativo debate profesional en respuesta a la polémica suscitada por la publicación (por ej. Tizón García, 2007) y sobre el que Enfermería plantea sus requerimientos de investigación (Lim, Chan & He (2013). Sin embargo, a pesar de tanta controversia se sigue afirmando su necesidad y permanencia (Turabian Fernández y Pérez Franco, 2014, 2012, 2009), aunque pueda suscitar reinventar formas de aplicación acorde con requerimientos asistenciales que pudieran sincronizarse con la línea biomédica (Lane, 2014). (Tabla 4.12)

b) Orientaciones formativas de organismos internacionales en salud (se presentan en su conjunto en el Capítulo 4, Apartado 4.5. Como armonizar significados)

(b-1) OMS. En general, la OMS para la formación de profesionales de salud y en especial para Enfermería, orienta en esencia, la formación transformadora y competencial (OMS 2009: 15-28), (OMS, 2001: 3-11), establecer la atención centrada en el paciente promoviendo la confianza, un enfoque interprofesional de la educación y la práctica (OMS 2009: 15-28) y el trabajo en equipo OMS (2013: 17-45), (OMS, 2010: 38), (OMS, 2001: 3-11) y todo ello con la máxima calidad asistencial posible en el contexto de la seguridad del paciente. Para todo ello, entre otros aspectos, insiste en la necesidad de la formación en comunicación (OMS, 2001: 3-11). (Según se desarrolla dentro del apartado 4.3. Comunicación y salud). (Tabla 4.13) (Tabla 4.17).

(b-2) Consejo Internacional de Enfermería. En la línea indicada para la OMS, remarca impulsar el funcionamiento eficaz del trabajo en equipo, la formación competencial y el enfoque multitarea en el ámbito de la atención a la salud. Relaciona la competencia con los resultados que obtiene una persona en su trabajo y ocupación (CIE, 2001: 13), así como con el producto final que tiene que obtener el estudiante en sus estudios (EUI-UB, 2007), (CIE, 2003: 7-42). (Este apartado se desarrolla más ampliamente en 2.4. EEES, Grado de Enfermería y competencia comunicativa y también en el apartado 4.3. Comunicación y salud). (Tabla 4.14)

c) Aspectos vinculados con la comunicación, con requerimiento de mejora según publicaciones analizadas desde Enfermería (y en su caso de organismos internacionales en salud):

(c-1) Trabajo en equipo. El trabajo en equipo, es una competencia aparte de la competencia comunicativa. Sin embargo es destacable su estrecha vinculación, dado que la comunicación se apunta como uno de sus principales problemas desde una perspectiva sistémica (To err is Human: Building a safer health System en IOM 1999 citado por Lerner, Magrane, Friedman, 2009: 318-319), (American Association of Critical Care Nurses, 2005 citado por Xyrichis & Ream, 2008: 233), (Singh et al. 2007 citado por Chakraborti, Boonyasai, Wright, Kern, 2008: 846-853). Ello hace que se aborde como elemento multidimensional, multiteórico y en su caso, metateorético, según se apunta en el Apartado 4.5 de Armonización de significados en este estudio. A la vez, por parte de la OMS y el CIE según se ha indicado, es destacado también el requerimiento del trabajo en equipo para enfermería, en especial en relación con la seguridad del paciente (IOM, 2001 citado por Kalisch, Xie, Ronis, 2013: 405-413), por lo que se contempla su mejora como una necesidad y en particular el requerimiento de introducir el trabajo en equipo como tema y metodología del trabajo docente. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, la autora del presente estudio es investigadora principal de tres proyectos de innovación docente, sobre la Competencia Trabajo en Equipo (codi 2014PID-UB/052), (codi 2011PID-UB/83), (codi 2010PID-UB/17), realizados en equipo en el seno del Grupo GIOTEI-UB (Grup d'Infermeria Orientat a Tècniques Educatives Innovadores) auspiciados por el Programa de Millora i Innovació Docent (PMID) de dicha Universidad, según se menciona al final de este estudio. El proyecto actual tiene como objetivo validar a nivel de centro y en los cuatro cursos del Grado de Enfermería, el instrumento elaborado a partir de proyectos anteriores. En 2015 se cuenta con una fase piloto con resultados estadísticos favorables y pendientes de una segunda ronda experimental con estudiantes de los cuatro cursos para aportar resultados al final de 2016. En su conjunto, la experiencia de estos proyectos manifiesta la relevancia esencial de la

comunicación en el proceso de trabajo en equipo, como forma de interconectar cualquiera de sus facetas ya sea como desarrollo procesual o como resultado de los retos propuestos.

(c-2) Empatía (Potenciación). Desde el ámbito de la neurociencia el mundo de las emociones sociales, se apunta como fuertemente influenciado por la empatía (Morgado, 2006: 23-45). Algunos estudios en Enfermería, demuestran ciertas discrepancias en cuanto a resultados obtenidos, así como sus repercusiones en la relación con los pacientes o en la formación docente. En general se atribuyen a divergencias de las variables medidas entre unos estudios y otros, existiendo también múltiples instrumentos para su medición, que pueden incidir en los tipos de respuestas y sus contrastes. (Tablas 4.18, 4.19, 4.20). Tras el análisis de los estudios seleccionados, se sugiere la posibilidad de contemplar un Modelo de Empatía motivada (Zaki, 2014), (Figura 4.1), (Tabla 9.17).

(c-3) Mindfulness (como paliativo del estrés en comunicación). La técnica de mindfulness es traducida en español como de "conciencia plena", La reducción del estrés a partir de la conciencia plena es un método creado por Jon Kabat-Zinn y empleado en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, para mejorar el bienestar de enfermos y para la formación en los estudios de medicina. Las explicaciones del autor acerca de los propósitos de la aplicación de la técnica, giran en torno a producir un cambio en la autoconciencia individual, en el sentido de obtener mayor conciencia de lo que se vive y de cómo o por qué se vive de una determinada manera, cuestiones que se contempla que favorecen elementos sanadores. Por otro lado, dicha práctica en estadios más avanzados favorece la generosidad y altruismo con los demás (Salzberg y Kabat-Zinn, 2010: 123-164). Por lo que respecta a la comunicación en salud, un referente significativo parte de que la autoconciencia se contempla en la formación comunicativa en la American Academy on Communication in Healthcare (Chou, Hirschmann, Fortin VI, & Lichstein, 2014). (Tablas 4.24, 4.25, 4.26). También Zaki (2014) alude efectos benefactores de técnicas budistas en la potenciación de la empatía. (Capítulo 9 Apartado: Formación para potenciar la empatía).

(c-4) Prosocialidad (propuesta para el trabajo con valores y actitudes). La prosocialidad se refiere a un comportamiento alternativo a la conducta antisocial. Una acción prosocial requiere responder a ciertos estándares de calidad como son: salvaguardar la identidad, la autonomía, la creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados, de forma que una acción perjudicial o que daña no podría considerarse prosocial. En una acción prosocial el objetivo es el bien del otro y no el de uno mismo, aunque puedan darse ulteriores beneficios para el autor de la acción prosocial (Escotorín, Roche, Cirera 2011: 21-24). (Gonzalez Portal, 2000:18-19). Según Staub (1979), Staub et al., (1984) Eisenberg (1982, 1986) por conducta prosocial se entiende "aquella que beneficia a otras personas y se realiza voluntariamente" (Fuentes, Lopez, Etxebarria, Ledesma, Ortiz y Peyo Apocada, 1993: 74). En el ámbito internacional, se apunta también la identificación de repertorios de conductas prosociales, relacionados con la docencia y los resultados de aprendizaje del estudiante realizados a partir de los estudiosos de instrucción en comunicación¹²² como por ej. Schrodtt, Witt, Turman, Myers, Barton, Jernberg (2009: 353). Finalmente Eisenberg (2000) relaciona la prosocialidad con las conductas morales y Zaki (2014), agrega su relación con la potenciación de la empatía. (Tablas 4.27, 4.28, 4.29).

11) Contenidos. De forma general, se aporta un resumen de las principales perspectivas teóricas de la comunicación, en esencia de lo que Rodrigo Alsina (2001), atribuye como fuentes que alimentarían las teorías de comunicación (Tabla 4.4.), en particular la matriz circular (Palo Alto) más referenciada en ciencias sociales, en contrapartida al modelo matemático de comunicación de Sahonn y Weber (1949), considerada su creación para otros fines, que no los específicos de las ciencias sociales (Craig, 2007). En base a la propuesta de Craig, (2007, 1999), se contempla la posibilidad de conjugar diferentes teorías de la comunicación (Tabla 4.6), a las que el autor atribuye el nombre de Tradiciones (Tabla 4.11). De forma particular, los modelos de Atención Centrada en el Paciente, modelo biopsicosocial (que ya se imparten, en general en Enfermería) y la temática integrada en los apartados anteriores (Trabajo en Equipo, Empatía, Mindfulness, Prosocialidad), serían componentes claves en la competencia comunicativa que se propone.

12) Metodología. En torno a metodología e implantación de programas de comunicación en

enfermería, existen publicaciones de experiencias, que en general adolecen de falta de evaluaciones controladas de las implementaciones y tampoco es común la presentación específica de contenidos y programas. El estudio de Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, & Van de Wiel (2000), ha sido uno de los pocos localizados en este sentido, donde demuestra que en enfermería es relevante el trabajo experiencial, así como rol-playing o simulaciones, trabajo en grupos, seminarios, etc. coincidentes con la demanda que realizan estudiantes y profesionales en la entrevista realizada en este estudio (Tabla 6.10), y compatibles también con recomendaciones para el alcance de resultados de aprendizaje en el EEES (Tabla 9.14), (Tabla 9-15), (Tabla 9.17). Cabe añadir que la modalidad experiencial como metodología, facilita el trabajo emocional, recomendado desde algunos estudios para esta formación (Benson, Ploeg, Brown, 2010), (Bulmer Smith, Profetto-McGrath, Cummings, 2009), (Tablas 4.21, 4.22, 4.23) y particularmente solicitado desde el ámbito profesional para el trabajo asistencial con pacientes graves y sus familias (por ej. Tabla 2.8/3).

13) Evaluación. Se trata de evaluación verbal y de la escucha, (que se distingue de la lectura y la escritura): a) de conocimiento (demostrar entender el proceso de comunicación, la comprensión de elementos, reglas y dinámicas de un acontecimiento comunicativo, la conciencia de lo que es apropiado en una situación de comunicación); b) de habilidades (la posesión y el desempeño real de habilidades comunicativas); c) actitud del individuo hacia la comunicación (por ejemplo, valor que se da a la comunicación oral, a la aprensión, a la reticencia, a la voluntad de comunicarse y disposición para comunicarse) (Spitzberg & Adams III, 1995: 51-52).

Como síntesis de lo planteado en este apartado aparece que en el contexto del presente estudio se busca procurar respuesta a:

Resultados del estudio primario (mejorar la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en el Grado de Enfermería, con especial atención a los casos de enfermos graves y sus familias).

Normativa educacional (EEES, competencias UB, etc.), cuyo objetivo es: la construcción de una competencia comunicativa para el Grado de Enfermería (conocimientos, habilidades y actitudes).

Normativa asistencial en salud (Ley de Autonomía del paciente, 41/2002); perspectiva biopsicosocial y atención centrada en el paciente (integrada implícitamente en dicha legislación), cuyo propósito es: comprender la subjetividad del paciente y dar respuesta a la comprensión de su problema de salud y requerimientos de cuidados.

Contemplar orientaciones internacionales en salud (OMS y CIE) que presentan coherencia con planteamientos anteriores y orientan, entre otros aspectos, la potenciación de la comunicación a la que agregan el requerimiento formativo de trabajo en equipo.

Tomar en consideración las necesidades apuntadas para la formación en comunicación asistencial enfermera-paciente y en su caso estudiante de enfermería según evidencias procedentes de fuentes diversas, para cuya propuesta se integran: impulso del trabajo en equipo, la potenciación de la empatía, la técnica de mindfulness y la prosocialidad (este último aspecto como referente teórico para la potenciación de valores), en todos los casos relacionados con la comunicación y los cuidados en salud.

Recoger elementos básicos de aportaciones de la neurociencia relacionados con la comunicación social y la enseñanza –aprendizaje (en particular en lo que concierne a la empatía y autoconciencia) con el objetivo de optimizar la referida enseñanza-aprendizaje en comunicación en el Grado de Enfermería.

Integración de elementos teóricos y metodológicos apuntados en una estructura de competencia comunicativa.

En consecuencia la integración de la normativa citada, junto con los aspectos teóricos y metodológicos propuestos, podrían dar lugar a una estructura de competencia comunicativa que se propondría en el centro de referencia (Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona), como experiencia de innovación docente, en la que pudieran introducirse las orientaciones que aconsejara el consenso de profesorado y la evolución de la experiencia docente.

Antecedentes sobre consensos internacionales de comunicación en salud

Las propuestas posibles que se proponen en el presente apartado, hacen referencia a consensos sobre comunicación en salud que se han venido sucediendo desde el cambio del siglo XX al XXI. Como antecedentes, figura el primero de ellos, es *The Kalamazoo Consensus Statement (2001)*. Destaca entre los referentes internacionales para la educación de la comunicación médica en salud, a partir del encuentro en mayo de 1999 en Kalamazoo (Michigan, Estados Unidos), Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education a la que asistieron destacados líderes y representantes de organizaciones profesionales de salud¹⁴⁸. Entre sus objetivos, contaba facilitar el desarrollo, la implementación y la evolución de la comunicación en los planes de estudio orientados a la educación médica e informar sobre el desarrollo de normas específicas en este ámbito. Se considera condición *sine qua non* construir una relación fuerte en la atención centrada en el paciente, que hace hincapié tanto en la enfermedad como en la experiencia y el reconocimiento de que los sentimientos y los valores tanto del paciente como del médico influyen en la relación. A la vez, se respeta la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones y se reconoce que el trabajo con las familias de los pacientes y las redes de apoyo es igual de importante. El amplio apoyo obtenido proporciona un marco útil para la orientación de la comunicación en los planes de estudio de Medicina y formación posterior, documento que se distribuyó para su aprobación final antes de ser publicado. *The Kalamazoo Consensus Statement (2001: 390-393)*.

Otro documento relevante es la *Declaración de Basel*, enfocado para los médicos de habla alemana. Se basa en revisión de literatura internacional, reconoce la relevancia de los antecedentes en este ámbito, en particular, la Declaración de Toronto (2002)¹⁴⁹ y la Declaración de Kalamazoo (2001) que pusieron de relieve los encuentros de comunicación médico-paciente. Se realiza a partir de un técnica de consenso que comprende un grupo nominal y una encuesta Delphi de dos rondas. Entre sus objetivos que se reconoce haber ampliado (18 contra 24), se incluyen el trabajo en equipo, la responsabilidad social y el desarrollo personal y profesional como expresiones visibles de los últimos acontecimientos en el campo de la comunicación médica en salud. También se abordan las bases para un plan de estudios interdisciplinario longitudinal desde el primer año de estudios. El componente aludido como esencial y más importante es el respeto a los pacientes. En esta línea el centro de los objetivos son las actitudes y los valores, reconociendo que estos objetivos son más difíciles de enseñar y de evaluar que los objetivos basados en el conocimiento. Igualmente se reconoce la creación de un perfil para un estudiante "ideal", difícil de encontrar en la realidad profesional en general. Kiessling, Dieterich, Götz, Hölzer, Langewitz, Mühlhause, Pruskil, Scheffer; Schubert, (2010: 259-266)¹⁵⁰.

La European Association for Communication in Healthcare (EACH), elabora un documento de consenso sobre los objetivos esenciales de aprendizaje de comunicación para un curriculum formativo o plan de estudios universitario para todas las profesiones de la salud, *Health Professions Core Communication Curriculum (HPCCC)* y para examinar la aceptabilidad e idoneidad del plan de estudios europeo de educación médica. Dichos objetivos se desarrollan

¹⁴⁸ Entre sus asistentes había representantes de: *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, the *CanMEDS 2000 Project*, la *Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)*, y la *Macy Health Communication*

¹⁴⁹ "El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana." Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión". (Declaración de Toronto, OMS, 2003: 2).

¹⁵⁰ Kiessling, Dieterich, Götz, Hölzer, Langewitz, Mühlhause, Pruskil, Scheffer, Schubert, (2010) *Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. Patient Education and Counseling* 81:259-266.

en base a la literatura internacional y la experiencia de un grupo de 121 expertos internacionales de comunicación que representan 15 campos de diferentes profesiones de la salud (medicina, obstetricia, enfermería, farmacia, psicología, odontología y fisioterapia) y 16 países europeos. Se utiliza una técnica Delphi de tres rondas para recoger información y proporcionar consenso de atención en salud de Europa. La aceptación general dio lugar a 61 objetivos de comunicación fundamentales, clasificados en una escala Likert de cinco puntos, que se consideraron relevantes para la educación de pregrado en dichas profesiones. Se considera que el Health Professions Core Communication Curriculum puede ser utilizado como una guía de objetivos comunes para la comunicación inter-enseñanza y encauce multiprofesional en la educación universitaria de pregrado en profesiones del cuidado de la salud, puede favorecer el desarrollo curricular a la vez que puede apoyar los objetivos del proceso de Bolonia en Europa (Bachmann, Abramovitch, Barbu, Cavaco, Dago, Haak, Loureiro, Ratajska, Silverman, Winterburn, Rosenbaum, 2012:18-26). Finalmente, dado que los objetivos de Health Professions Core Communication Curriculum son de contenido interdisciplinar para profesiones de la salud, este trabajo se acoge a los planteamientos de dicho estudio, entre otros que se comentan a continuación.

9.1. Consensos internacionales sobre comunicación en salud

Se realizan tres propuestas teóricas (A, B, C) para abordar un posible consenso en torno a la comunicación en salud en los estudios de Grado de Enfermería. Las diferentes propuestas teóricas que se aportan se basan en documentación obtenida a nivel internacional, según se plantea a continuación e integran las siguientes características: a) Los ejes teóricos básicos del trabajo de la enfermera en general, a nivel internacional en el ámbito relacional y comunicativo (comunicación centrada en el paciente) asistencial en salud. b) Referentes de diversos consensos internacionales para la comunicación en salud (de Estados Unidos, Europa y Australia), tomando como referente principal el consenso europeo (enfocado a la formación de las distintas profesiones de la salud) y el modelo australiano para enfermería. c) Los consensos indicados se contrastan y además se aporta inspiración en base a otros documentos específicos sobre comunicación enfermera de diferentes países, especialmente Australia, Canadá, Estados Unidos, y Europa. Los modelos teóricos que se toman como referencia de base son: A) Health Professions Core Communication Curriculum. B) National competency standard for the registered nurse (2006, revisado 2013). (Nursing and Midwifery Board of Australia o the National Board). C) Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI (2008) de enfermería europeo, es propuesta propia que procede de dicho proyecto. A continuación se exponen con mayor detalle las propuestas indicadas.

Propuesta A: Consenso Europeo de comunicación para la formación de profesionales de la salud *Health Professions Core Communication Curriculum*, procedente de la *European Association for Communication in Healthcare*. (Tabla 9.1). Se presenta según los porcentajes de consenso publicados por los autores. Sobre la base del análisis de la literatura internacional y tomando como precedente el The Kalamazoo Consensus Statement (2001). Se optó por utilizar la Declaración del Consenso de Basilea, como la base de un primer borrador de trabajo, por ser un modelo completo basado en la taxonomía de Bloom, considerada entre las taxonomías disponibles mas completas por la inclusión y descripción de objetivos. No obstante, el Consenso de Basilea se centra en aspectos sociales así como competencias de comunicación y el Consenso Europeo seleccionó centrarse únicamente en comunicación. Se indaga acerca de la presencia o ausencia de una serie de ítems fundamentales para la comunicación en salud, que en buena parte estuvieron presentes o subsumidos. Se trata de las siguientes categorías mayores: 1) "Tareas de comunicación "claves" focalizadas en la construcción de la relación interpersonal y el intercambio informativo con los pacientes, 2) "Habilidades recomendadas" focalizadas en habilidades y técnicas de comunicación observables, 3) "Tareas de comunicación especiales" centradas en situaciones de desafío y la comunicación con el equipo. Estas a su vez

Tabla 9-1

Propuesta A. Health Professions Core Communication Curriculum
Objetivos de aprendizaje en las profesiones sanitarias

Objetivos de comunicación fundamentales. El estudiante ...

A. La comunicación con los pacientes

		Ranking importancia 1-5 (*) 1 mas importante 5 menos	%
1	Adapta la propia comunicación al nivel de comprensión y lenguaje del paciente, evitando la jerga.	1,41 (0,59)	100.0
2	Utiliza técnicas para construir y mantener una buena relación y una relación empática y se asegura de que el paciente se siente atendido y escuchado.	1,45 (0,70)	100.0
3	Se relaciona con el paciente con respeto, velando por la confidencialidad, la privacidad y la autonomía del paciente y le reconoce como un socio en la conformación de una relación.	1,47 (0,69)	98.8
4	Provoca y explora el contenido de la historia bio-psico-social del paciente (por ejemplo, reúne información relevante, se asegura de la comprensión, produce información comprensible, verbaliza contenido emocional).	1,53 (0,67)	100.0
5	Alienta al paciente a expresar las ideas propias, preocupaciones, expectativas y sentimientos y acepta la legitimidad de las opiniones y los sentimientos de los pacientes.	1,54 (0,74)	98.8
6	Proporciona información para el paciente (oral, escrita, electrónica y por teléfono) de manera oportuna, integral y significativa.	1,54 (0,67)	100.0
7	Utiliza técnicas de escucha activa (por ejemplo, la reflexión, recoger las señales del paciente, parafrasear, resumir, técnicas verbales y no verbales).	1,57 (0,74)	98.8
8	Reconoce situaciones difíciles y problemas de comunicación (por ejemplo, el llanto, fuertes sentimientos emocionales, interrupciones, la agresión, la ira, la ansiedad, los problemas embarazosos o sensibles, el deterioro cognitivo, el dar malas noticias) y se ocupa de ellos con sensibilidad y de manera constructiva.	1,57 (0,70)	100.0
9	Muestra conciencia de la comunicación no verbal, tanto del paciente como del profesional de la salud (por ejemplo, el contacto visual, gestos, expresiones faciales, la postura) y responde a ellas correctamente.	1,60 (0,68)	100.0
10	Moldea una conversación de principio a fin, con respecto a la estructura (por ejemplo, introducción, al iniciar la conversación, la recolección y brindar información, planificación, al cerrar la entrevista, la creación del próximo encuentro; gestión del tiempo).	1,72 (0,82)	97.6
11	Utiliza diferentes tipos de preguntas (por ejemplo, abierto, cerrado y centrado) de acuerdo con la situación.	1,78 (0,78)	98.8
Objetivos específicos más detallados, en función del contexto y de la situación:			
Dar forma de relación: <i>El estudiante involucra al paciente en la interacción para establecer una relación terapéutica con un enfoque centrado en el paciente</i>			
12	Identifica las expectativas del paciente con respecto al rol del profesional de la salud.	1,81 (0,74)	100.0
13	Utiliza estrategias adecuadas para resolver los conflictos (por ejemplo, información sobre la percepción, el impacto, desea).	2,12 (0,85)	95.2
Perspectiva de salud y las creencias de los pacientes: <i>El estudiante orienta la comunicación propia en línea con las necesidades y preocupaciones reales de la paciente</i>			
14	Alienta las necesidades y capacidades del paciente (por ejemplo, información, autonomía, la verdad y la responsabilidad) y adapta el plan / intervención a los recursos y fortalezas de los pacientes.	1,71 (0,79)	100.0
15	Considera factores somáticos, psíquicos, sociales, de género, elementos culturales, éticos y espirituales en el cuidado y la evaluación del paciente y percibe las divergencias entre los valores y las normas propias y las del paciente.	1,92 (0,83)	98.8
16	Responde a las creencias y teorías de la enfermedad y los contrastes con la salud del paciente e integra éstos aspectos en sus propias teorías de la enfermedad como un profesional de la salud.	2,02 (0,89)	96.3
Información: <i>El estudiante recoge con eficacia y comunica la información relevante para el razonamiento y la toma de decisiones</i>			
17	Brinda integra la cantidad de información que el paciente necesita y da de forma apropiada la cantidad de información	1,71 (0,71)	100.0
18	Proporciona información de manera centrada en el paciente y la comparte con el consentimiento del paciente (por ejemplo, colegas, familiares y otros.)	1,81 (0,82)	97.6
19	Revisa y sintetiza la información para la atención al paciente.	1,83 (0,73)	100.0
20	Indaga sobre el nivel de conocimientos del paciente acerca de la enfermedad	1,87 (0,79)	98.8
21	Considera diferentes elementos de una historia clínica del paciente (historia de la enfermedad, la historia de la atención sanitaria y relación profesional-paciente, historia del paciente).	2,10 (0,86)	95.1

Tabla 9.1/2			
22	Sabe de la importancia de complementar la información verbal con diagramas, modelos, información escrita e instrucciones y aplica la información de manera adecuada.	2,18 (0,89)	94.0
23	Busca y sintetiza la información pertinente de otras fuentes (por ejemplo, la familia del paciente, cuidadores y otros profesionales), si es necesario y esta disponible	2,19 (0,90)	94.0
El razonamiento y la toma de decisiones: <i>El estudiante considera el grado en que los individuos están involucrados y son responsables en el proceso de toma de decisiones y el razonamiento</i>			
24	Determina la cantidad de participación y la responsabilidad que el paciente está dispuesto y es capaz de tomar para la toma de decisiones.	1,77 (0,79)	97.6
25	Discute con el paciente las ventajas probables, desventajas y resultados esperados	1,80 (0,76)	100.0
26	Alienta la participación activa del paciente en la toma de decisiones y explica de manera centrada en el paciente las opciones o derechos de este.	1,82 (0,86)	96.3
27	Aclara la propia función en el proceso de toma de decisiones.	1,96 (0,98)	95.2
28	Discute con el paciente el espectro de las posibles consecuencias de una decisión y explica al paciente las posibles consecuencias de no elegir las medidas diagnósticas y terapéuticas.	2,02 (1,01)	94.0
29	Consulta sobre los recursos psicológicos y sociales relevantes que el paciente tiene disponibles para tomar una decisión.	2,06 (1,03)	92.6
30	Ofrece al paciente la opción de incluir a otras personas en el proceso de toma de decisiones y aclara con el paciente cómo y cuándo debe tomarse una decisión.	2,22 (1,08)	90.4
31	Discute decisiones con colegas, pacientes y sus familiares, según corresponda y reevalúa periódicamente las decisiones propias y las revisa si es necesario.	2,23 (0,98)	94.0
32	Identifica claramente la propia opinión al paciente si se lo pide.	2,30 (1,10)	86.4
Incertidumbre: <i>El estudiante respeta la incertidumbre como parte integral del razonamiento y toma de decisiones</i>			
33	Habla abiertamente con el paciente sobre la incertidumbre y formula maneras de tratar con él.	2,11 (0,92)	95.1
34	Explica al paciente la información que se necesita para minimizar la incertidumbre en el proceso de toma de decisiones.	2,22 (1,00)	91.4
B. Comunicación intra e interpersonal (Profesionalismo y Reflexión)			
La comunicación y la reflexión con uno mismo y los demás: <i>El estudiante desarrolla constantemente y mejora la auto-conciencia, la auto-reflexión, auto-cuidado y lo refleja en la propia comunicación y el comportamiento con otros</i>			
1	Reconoce las propias emociones (como la inseguridad, la simpatía / antipatía, atracción) en relación con los demás (por ejemplo, pacientes, colegas) y es capaz de trabajar de manera eficiente a pesar de las propias reacciones emocionales cuando la situación así lo requiere (por ejemplo, grado de sufrimiento del paciente, exigencias del paciente).	1,55 (0,82)	98.8
2	Reconoce que la comunicación efectiva con los pacientes puede fomentar la satisfacción de los pacientes y mejorar los resultados clínicos.	1,64 (0,81)	97.5
3	Describe y evalúa la propia comunicación y el comportamiento considerando críticamente alternativas en ambos.	1,77 (0,82)	98.8
4	Identifica, reflexiona y comunica fortalezas propias, debilidades, limitaciones y evalúa los propios deseos, temores, metas, normas y valores.	1,83 (0,80)	98.8
5	Evalúa los propios estereotipos y prejuicios sociales y es consciente de que las acciones propias se ven influidas por la experiencia personal, la situación actual, el conocimiento propio y los intereses.	1,93 (0,91)	97.6
6	Reflexiona sobre la propia actitud hacia el trabajo (por ejemplo, el cinismo, la satisfacción).	2,05 (0,87)	95.1
7	Refleja y discute desafíos éticos, interculturales y otros en las acciones propias como un profesional de la salud (por ejemplo, el paciente no puede dar su consentimiento, conceptos de salud / enfermedad en las diferentes culturas, mediadores) y analiza los enfoques para la resolución.	2,12 (0,99)	91.5
8	Utiliza autoridad e influencia de manera responsable.	2,15 (1,01)	88.9
9	Revisa y analiza situaciones de conversación con los demás (por ejemplo, metacomunicación en la reflexión entre pares, sesiones clínicas de trabajo de equipo, grupos Balint).	2,30 (1,04)	85.4
10	Conoce acerca de modelos de la relación paciente-profesional de la salud (por ejemplo, transferencia / contratransferencia, la reciprocidad, la intersubjetividad, la expectativa / experiencia, potencial de desequilibrio de la jerarquía).	2,48 (1,03)	84.1
Tratar con errores e incertidumbre: <i>El alumno aborda los errores y respeta la incertidumbre como parte integral de razonamiento y toma de decisiones</i>			
11	Enfoca los errores de los otros adecuadamente (por ejemplo, se abstiene de asignar la culpa personalmente) con el fin de buscar asistencia y soluciones y sabe acerca de los principios básicos en el desarrollo de errores (por ejemplo, dejar de lado la información o las necesidades del paciente, la comunicación inadecuada).	1,80 (0,85)	96.4
12	Encauza y trata la incertidumbre de manera adecuada a su nivel de educación.	1,91 (0,84)	97.5
C. La comunicación en los equipos de atención de salud (profesionales de la comunicación)			
Trabajo en equipo y comunicación profesional: <i>El estudiante demuestra capacidad para comunicarse eficazmente en equipos multiprofesionales</i>			
1	Percibe y respeta la individualidad, la percepción subjetiva, diferentes puntos de vista de los miembros del equipo y la experiencia de los diferentes profesionales de la salud.	1,83 (0,94)	95.1
2	Contribuye a un ambiente de trabajo positivo (por ejemplo, soporta e integra a los miembros del equipo, menciona el lado positivo de los aspectos desagradables, los valores de equipo, éxito).	1,90 (0,90)	96.3

Tabla 9-1/3			
3	Utiliza reglas de retroalimentación (por ejemplo, en estado de primera persona) y da retroalimentación al equipo-miembros apropiadamente.	1,90 (0,91)	98.8
4	Es capaz de resolver conflictos y permite una negociación constructiva en un equipo de atención de salud.	1,96 (0,92)	93.8
5	Asume, aclara y refleja en la propia función y las responsabilidades en el equipo (por ejemplo, equipo contra un miembro de equipo, líder) e identifica el papel de la propia profesión en un equipo interprofesional.	2,04 (0,92)	95.1
6	Especifica y aprecia el propio potencial en lo que respecta al equipo y está dispuesto y es capaz de trabajar con otros.	2,01 (0,90)	93.9
7	Entiende los principios de la dinámica del equipo y el apoyo y cómo los factores y el trabajo en equipo inhiben en la práctica.	2,29 (0,88)	95.1
8	Identifica los propios intereses y los distingue de las metas del equipo.	2,26 (1,02)	90.2
9	Reflexiona sobre el impacto de la opinión propia en los demás y lo tiene en cuenta.	2,32 (1,00)	88.9
Liderazgo: El alumno muestra competencias básicas en habilidades de liderazgo			
10	Da instrucciones claras.	1,87 (0,91)	94.0
11	Asegura que toda la información relevante está disponible.	2,04 (0,87)	93.9
12	Facilita la formación de opiniones en el grupo y alienta a los miembros del equipo y les incentiva para expresar opiniones diferentes.	2,20 (0,91)	92.7
La comunicación y la gestión profesional: El estudiante utiliza estrategias de comunicación y de gestión eficaces y eficientes			
13	Mantiene registros apropiados, claros (escritos o electrónicos) de los encuentros clínicos y planes.	1,75 (0,84)	98.8
14	Presenta el conocimiento experto con eficacia (por ejemplo, la presentación de un paciente y los detalles clínicos a los demás, hablar delante de un grupo, la presentación de datos científicos).	1,82 (0,83)	98.8
15	Identifica y es conocedor de cómo hacer referencia a las personas / instituciones / organismos que pueden ayudar a resolver los problemas propios de la situación.	1,93 (0,87)	98.8
<p>a) Ranking de los objetivos: 1 = más importante; 2 = muy importantes; 3 = importante; 4 = poco importante; 5 = poco importante.</p> <p>b) Definición de aceptación: % de los participantes que calificaron objetivos como más importante, muy importante o importante (por ejemplo, 100% de aceptación significa que todos los participantes calificaron el objetivo en una de las tres categorías).</p>			
<p>Fuente: Bachmann, C.; Abramovitch H.; Barbu, C. G.; Cavaco, A.M.; Dago Elorza, R; Haak, R.; Loureiro, E.; Ratajska, A.; Silverman, J.; Winterburn, S.; Rosenbaum, M. (2012). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. Patient Education and Counseling 93(1): 18-26</p>			

Fuente: elaboración propia

se desarrollan en otras subcategorías de las que se plantea un resumen en la Tabla 9.2 Finalmente, el presente estudio recoge el *Health Professions Core Communication Curriculum* como una primera opción de propuesta competencial dado que se enfocan de forma general para las diversas profesiones y cuya versión se aporta íntegramente (Bachmann, et al. 2012:18-26).

Propuesta B: Es propuesta propia en base al referente principal: National competency standard for the registered nurse (2006, revisado 2013). (Nursing and Midwifery Board of Australia o the National Board o NMBA); Collaborative ant therapeutic practice (Tabla 9.3) y conjunto de consensos consultados: The Kalamazoo Consensus Statement (2001), Health Professions Core Communication Curriculum (2012), Declaración de Basel (2010), junto con el documento National Competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice, proveniente del College of Nurses Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2014), del que se toma referencia de algún ítem (autorizado por la institución para el ámbito académico), que se señala en el texto con un asterisco, según se comenta también en las notas de la (Tabla 9.4). Dicho documento es utilizado para evaluar la competencia al registrar a las enfermeras graduadas y también es empleado por las Universidades para el desarrollo de planes de estudio de enfermería y para evaluar el rendimiento de los estudiantes y recién graduados. La publicación citada integra los siguientes dominios profesionales: Professional practice (aspectos legales, éticos y de rendición de cuentas), Critical thinking and análisis (autoevaluación, pensamiento crítico, desarrollo profesional, valor de la investigación para la práctica, reflexión), Provision and coordination of care (valoración de individuos/grupos, planificación, ejecución y evaluación de la atención) Collaborative and therapeutic practice (establecimiento, mantenimiento y cierre sobre relaciones profesionales con personas o grupos, así como comprensión de la aportación enfermera al equipo interdisciplinar de salud). Por afinidad al tema de estudio se selecciona para su análisis en profundidad el apartado Collaborative and therapeutic practice.

Sobre el contexto competencial y rol de la enfermera:

El trabajo de la enfermera [registrada o graduada] incluye prácticas independientes e interdependientes, la rendición de cuentas y la asunción de la responsabilidad de sus propias acciones, así como la delegación de la atención al estudiante de enfermería y otros trabajadores de salud. Dicha delegación tiene en cuenta el contexto de atención, los requerimientos educativos del estudiante en formación y en su caso, de otros trabajadores de salud. El papel de la enfermera incluye la promoción y el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad para las personas con enfermedades físicas o mentales, con discapacidad y/o necesidades de rehabilitación, así como la mitigación del dolor y sufrimiento en la etapa final de la vida. Dicha profesional, valora, planifica, implementa y evalúa la atención de enfermería a las personas, y en colaboración con el equipo de salud multidisciplinar con el fin de lograr metas y los resultados de salud. Asimismo, la enfermera reconoce que etnia, cultura, género, valores espirituales, la sexualidad, la edad, discapacidad y los factores económicos y sociales tienen un impacto sobre los valores y las respuestas individuales en situación de salud y enfermedad y adecua planes de cuidado apropiadamente en base a estas consideraciones. En cuanto a los entornos de cuidados se consideran el hospital, que puede incluir atención aguda y en la comunidad (que integra domicilios y entornos residenciales y de atención prolongada, hogares, instituciones educativas u otros espacios laborales) que incluyen principalmente patología crónica.

De acuerdo con dichas circunstancias y contexto la enfermera adapta la práctica de acuerdo con el modelo/s de atención. A su vez, Enfermería tiene un papel de liderazgo en la coordinación enfermera y atención de salud entre los diferentes cuidados y contextos para facilitar resultados óptimos de salud. Esto incluye la consulta con otros profesionales relevantes de la salud, proveedores de servicios y de la comunidad y servicios de apoyo. La enfermera contribuye a la atención de salud de calidad mediante el aprendizaje permanente y el desarrollo profesional propio y de los demás, la generación de datos de la investigación, la clínica, la supervisión y el desarrollo de directrices de la política y la práctica clínica. Finalmente, la enfermera desarrolla su práctica profesional de conformidad con las necesidades de salud de la población/sociedad y el cambio de los patrones de enfermedad. (Nursing and Midwifery Board of Australia, 2013: 1-11).

En cuanto al *procedimiento* de elaboración de la propuesta B: se revisa el documento australiano indicado y se selecciona el apartado *Collaborative and therapeutic practice*. Se toma como documento de base. Por la estructura de dicho texto (dado que se trata de práctica colaborativa y holística, presenta algún ítem de carácter biológico (por ej. control de infecciones) del que se prescinde y también algún otro por adaptación cultural (como por ej. revisión periódica de políticas de salud por parte del estudiante). Posteriormente, a partir de la revisión en profundidad del conjunto de consensos obtenidos (procedentes de Kalamazoo, Basel y el Europeo) y la revisión documental procedente de la enfermería de Ontario, se elabora una modalidad propia, que toma ideas y adaptación del lenguaje del conjunto y otros ítems o títulos de apartados parten de la iniciativa propia. A continuación, en primer lugar se contrasta dicha propuesta propia con el modelo australiano y posteriormente se realiza la misma operación de verificación con el conjunto de consensos consultados. El resultado es que la propuesta integra ítems contenidos en alguno de los referentes y se señala con una franja de color cuando no existe tal coincidencia. Cabe añadir, que la propuesta europea, se realiza desde un propósito esencial, dejando margen para que en cada caso o programa de estudios se realice la adecuación oportuna. En suma, se obtiene una propuesta propia derivada del modelo australiano, contrastada con los diferentes consensos consultados y se señala cuando la inspiración proviene de algún ítem de la enfermería del College of Nurses Ontario (CNO). *Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO)* (2014), según documento que se cita en las notas de la citada Tabla.

Propuesta C: El referente es el *Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers*. *Projet CRESI* (2008). En la presente investigación destaca el referido informe, por ser el primero que se localizó y sobre el que se trabajó intensamente (por ejemplo en el se analizaron todos los verbos de las acciones que realiza enfermería, para abstraer los referidos a actos de habla, cuya presentación en este estudio, al obtener documentación posterior, como la que se adjunta, no ha resultado pertinente). El principal interés del Proyecto CRESI (2008) para este estudio, proviene de estar realizado por un conjunto de expertas profesionales de enfermería de diversos países europeos (Bélgica, Francia, Lituania, Polonia, Portugal) y haber obtenido soporte de la Comunidad Europea, a través del Programa Leonardo da Vinci, cuyo objetivo fue la ayuda a la educación y formación continua, así como la cualificación profesional de los países europeos, especialmente en la formación de nuevas habilidades. Dicho informe presenta la particularidad de hacer una propuesta de competencias para el trabajo formativo con estudiantes y aportar familias de situaciones asistenciales por ámbitos (hospitalario, comunitario y domiciliario), así como una modalidad de competencias pensada para la actuación enfermera en ese tipo de situaciones. El proyecto presenta tres competencias: Competencia 1: Administrar los recursos y conocimientos profesionales; Competencia 2: Promover la salud. Concebir un proyecto de salud comunitario o de cuidados y Competencia 3: Establecer una relación profesional. En este estudio se selecciona esta última modalidad y es sobre la que se trabaja la propuesta que se presenta en el presente apartado. Dado que los consensos (de Europa y el propio en base al de Australia) referidos con anterioridad son amplios, en este caso se estructura una modalidad breve (tipo plantilla), que puede ser adecuada para una evaluación con propósitos formativos (Tabla 9.5). Del mismo documento se incluye una versión más ampliada (contiene explicaciones sobre criterios de desempeño), sobre lo que el estudiante puede ser evaluado. Por otro lado, se aportan otras versiones más simplificadas de texto (Tabla 9.6, Tabla 9.7). Se adjunta también lo que podría ser un ejemplo de rúbrica para los cuatro cursos y una última plantilla que muestra equivalencia de transformación, donde se convierten en indicadores, las acciones y verbos del documento original (CRESI, 2008), vaciado y exhaustivamente analizado (Tablas 9.8 y 9.9).

Acerca de la modalidad de *enseñanza-aprendizaje* de la competencia comunicativa en cuidados, la propuesta de tres opciones que se presenta, *asume* las siguientes *Premisas*: 1) Que es una propuesta, que en su caso, ha de formar parte del conjunto competencial desarrollado para la formación del Grado de Enfermería de la Universidad de Barcelona. 2) Que dado que la competencia académica o profesional se entiende como un conjunto de atributos integrados por conocimientos, habilidades y actitudes, que ejercen en interacción y no pueden separarse de una actuación determinada y de su contexto, cualquier excepción a dicho planteamiento se establece por requerimientos y con el propósito de fines formativos. 3) La propuesta que se

Tabla 9-2

Propuesta A. Health Professions Core Communication Curriculum Objetivos de aprendizaje: Resumen	
A. La comunicación con los pacientes	
Objetivos específicos más detallados, en función del contexto y de la situación:	
Dar forma de relación:	<i>El estudiante involucra al paciente en la interacción para establecer una relación terapéutica con un enfoque centrado en el paciente</i>
Perspectiva de salud y las creencias de los pacientes:	<i>El estudiante orienta propia comunicación en línea con las necesidades y preocupaciones reales de la paciente</i>
Información:	<i>El estudiante recoge con eficacia y comunica la información relevante para el razonamiento y la toma de decisiones</i>
El razonamiento y la toma de decisiones:	<i>El estudiante considera el grado en que los individuos están involucrados y responsables en el proceso de toma de decisiones y el razonamiento</i>
Incertidumbre:	<i>El estudiante respeta la incertidumbre como parte integral de razonamiento y toma de decisiones</i>
B. Comunicación intra e interpersonal (Profesionalismo y Reflexión)	
La comunicación y la reflexión con uno mismo y los demás:	<i>El estudiante desarrolla constantemente y mejora la auto-conciencia, la auto-reflexión, auto-cuidado y refleja con otros en propia comunicación y el comportamiento</i>
Tratar con errores e incertidumbre:	<i>El alumno aborda los errores y respeta la incertidumbre como parte integral de razonamiento y toma de decisiones</i>
C. La comunicación en los equipos de atención de salud (profesionales de la comunicación)	
Trabajo en equipo y comunicación profesional:	<i>El estudiante demuestra capacidad para comunicarse eficazmente en equipos multiprofesionales</i>
Liderazgo:	<i>El alumno muestra competencias básicas en habilidades de liderazgo</i>
La comunicación y la gestión profesional:	<i>El estudiante utiliza estrategias de comunicación y de gestión eficaces y eficientes</i>
Fuente: Bachmann, C.; Abramovitch H.; Barbu, C. G.; Cavaco, A.M.; Dago Elorza, R; Haak, R.; Loureiro, E.; Ratajska, A.; Silverman, J.; Winterburn, S.; Rosenbaum, M. (2012). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. Patient Education and Counseling 93(1): 18-26. Elaboración propia	

Tabla 9-3
Base de la Propuesta B . National competency standard for the registered nurse (Australia) Relación terapéutica y practica colaborativa *
<i>Se relaciona con el establecimiento, mantenimiento y cierre o conclusión sobre relaciones profesionales con personas o grupos, así como sobre la comprensión por parte de enfermería de su contribución y al equipo interdisciplinar de salud.</i>
9. ESTABLECER, MANTENER Y CONCLUIR APROPIADAMENTE RELACIONES TERAPÉUTICAS
9.1 Establece relaciones terapéuticas como objetivo dirigido y reconoce los límites profesionales
9.1.1. demuestra empatía, confianza y respeto a la dignidad y el potencial de la persona/grupo
9.1.2. interactúa con individuos / grupos brindando apoyo
9.1.3. inicia, mantiene y concluye interacciones interpersonales efectivas
9.1.4 establece una buena relación con las personas / grupos que aumenta su capacidad de expresar sentimientos y fomenta un contexto apropiado para la expresión de sentimientos
9.1.5 entiende los beneficios potenciales de la asociación de enfoques en las relaciones individuales / grupales de enfermería
9.1.6 demuestra una comprensión de los límites profesionales, de las normas y las prácticas en las relaciones terapéuticas
9.2 Se comunica efectivamente con individuos / grupos al facilitar la provisión de cuidados
9.2.1. usa una variedad de técnicas de comunicación eficaces
9.2.2 usa un lenguaje apropiado para el contexto
9.2.3 utiliza las habilidades de comunicación escrita y oral adecuadas a las necesidades del individuo/grupo
9.2.4 usa un intérprete en su caso
9.2.5 proporciona el tiempo suficiente para el debate
9.2.6 establece, en lo posible, métodos alternativos de comunicación para los individuos/grupos que no pueden verbalizar
9.2.7 utiliza adecuadamente preguntas abiertas/cerradas
9.3 Usa estrategias apropiadas para promover en el individuo / grupo autoestima, dignidad, integridad y comodidad
9.3.1 identifica y usa estrategias que fomenten la independencia
9.3.2 identifica y usa estrategias que afirman la individualidad
9.3.3 utiliza estrategias que implican a la familia y a otras personas significativas en el cuidado
9.3.4 identifica y recomienda un apoyo adecuado hacia el individuo/grupo a través de las redes sociales
9.3.5 identifica situaciones que puedan poner en peligro la dignidad/integridad del individuo/grupo
9.3.6 implementa medidas para mantener la dignidad del individuo/grupo en períodos de déficit de autocuidado
9.3.7 implementa medidas de apoyo a la persona/grupo que experimenta angustia emocional
9.3.8 la información que proporciona al individuo/grupo contribuye a aumentar el control sobre su propia salud
9.4 Asiste y apoya al individuo/grupo para tomar decisiones informadas del cuidado de su salud
9.4.1 facilita y alienta al individuo/grupo en la toma de decisiones
9.4.2. mantiene el respeto a la persona/grupo y apoya su decisión a través de facilitar la comunicación con otros miembros del equipo de salud interdisciplinar
9.4.3 organiza la consulta para apoyar a individuos/grupos a tomar decisiones informadas con respecto al cuidado de la salud
9.5. Facilita un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva seguridad en la persona / grupo
9.5. 1 demuestra sensibilidad, conciencia y respeto por la identidad cultural como parte de las percepciones de seguridad de un individuo/grupo
9.5. 2 demuestra sensibilidad, conciencia y respeto en relación con las necesidades espirituales del individuo/grupo
9.5.3 involucra la familia y a otros para asegurar que las necesidades culturales y espirituales se cumplen
9.5.4 identifica, elimina e impide riesgos ambientales cuando sea posible
9.5.5 aplica los principios pertinentes para garantizar la seguridad de la administración de sustancias terapéuticas
9.5.6 mantiene estándares para el control de infecciones
9.5.7 aplica principios de la ergonomía para evitar autolesiones individuales/grupales
9.5.8 prioriza los problemas de seguridad
9.5.9 se adhiere a la legislación de la salud y seguridad en el trabajo
9.5.10 modifica factores ambientales siempre que sea posible para cumplir con la comodidad que el individuo/grupo necesita
9.5.11 promueve el confort individual/grupal a lo largo de las intervenciones
9.5.12 utiliza principios de la ergonomía y ayudas adecuadas para promover comodidad en el individuo / grupo
10. COLABORA CON EL EQUIPO DE SALUD INTERDISCIPLINARIO PARA PROPORCIONAR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA INTEGRAL
10.1 Reconoce que el número de miembros y los roles de los equipos de salud y proveedores de servicios pueden variar dependiendo de necesidades del individuo/grupo y de un contexto de atención de salud
10.1.1 reconoce el impacto de los modelos de atención primaria de salud y su asociación con el papel de la población
10.1.2 reconoce cuándo negociar con los proveedores de servicios o remitirlos a otros servicios de salud
10.1.3 establece un rol laboral positivo y productivo en sus relaciones con los colegas
10.1.4 reconoce y entiende los roles independientes y los roles y funciones interdependientes de los miembros del equipo de cuidados de la salud
10.2 Comunica las evaluaciones y decisiones de enfermería al equipo interdisciplinar de salud y a otro tipo de proveedores relevantes de servicios
10.2.1 explica la función de enfermería al equipo interdisciplinar y proveedores de servicios
10.2.2 mantiene la confidencialidad de las discusiones sobre las necesidades y progreso del individuo/grupo
10.2.3 discute las necesidades de cuidado individual/grupal con otros miembros relevantes del equipo de cuidado de la salud
10.2.4 colabora con los miembros del equipo de salud en la toma de decisiones sobre el cuidado de individuos/grupos
10.2.5 demuestra habilidades comunicativas en forma escrita, verbal y por vía electrónica

Tabla 9-3/2
10.2.6 documenta lo antes posible, las respuestas individuales/grupales de las intervenciones de enfermería a través de formas de comunicación
10.3 Facilita la coordinación de cuidados para lograr los resultados de salud previstos y acordados
10.3.1 adopta y ejerce un enfoque de colaboración para la práctica
10.3.2 participa en las actividades del equipo de salud
10.3.3 demuestra las habilidades de comunicación necesarias para gestionar la evitación, la confusión y la confrontación
10.3.4 demuestra las habilidades de comunicación necesarias para permitir la negociación
10.3.5 demuestra comprensión de cómo la colaboración tiene un impacto favorable en la prestación efectiva de atención integral
10.3.6 establece y mantiene relaciones de trabajo efectivas en colaboración con otros miembros del equipo de atención de salud
10.3.7 consulta con profesionales de salud relevantes y proveedores de servicios para facilitar la continuidad de la atención
10.3.8 reconoce la contribución y sirve de enlace con los servicios comunitarios y de apoyo pertinentes
10.3.9 registra la información de forma sistemática y en un formato accesible y recuperable
10.3.10 asegura que la comunicación escrita es integral, lógica, legible, clara y concisa, la ortografía es correcta y sólo se utilizan abreviaturas aceptadas
10.3.11 establece y mantiene la documentación según las guías y procedimientos de la organización.
10.4 Colabora con el equipo de atención de salud para informar sobre la política y directrices de desarrollo
10.4.1 consulta periódicamente políticas y directrices
10.4.2 demuestra conciencia de los cambios en las políticas y las directrices
10.4.3 asiste a las reuniones y participa en la práctica de revisiones y auditorías
10.4.4 demuestra comprensión de las implicaciones de las estrategias nacionales de salud para la enfermería y la práctica asistencial de cuidados de salud.
(*) En la publicación original, las competencias planteadas en esta tabla aparecen en conjunción con un total de cinco dominios profesionales: <i>Professional practice</i> (aspectos legales, éticos y de rendición de cuentas), <i>Critical thinking and análisis</i> (autoevaluación, desarrollo profesional, valor de la investigación para la práctica, reflexión) <i>Provision and coordination of care</i> (valoración de individuos/grupos, planificación, ejecución y evaluación de la atención) <i>Collaborative ant therapeutic practice</i> (establecimiento, mantenimiento y cierre o conclusión sobre relaciones profesionales con personas o grupos, así como comprensión de la aportación enfermera al equipo interdisciplinar de salud).
<p>NOTA:</p> <p>Fuente: Extraído de <i>Nursing and Midwifery Board of Australia (2013). National competency standard for the registered nurse. Edición del año 2006 revisada. (Pág. 1-11).</i> (Elaboración y traducción propia).</p> <p>* La franja de color indica ítems que no se contemplan en la propuesta, ya sea porque integra algún aspecto biológico, (por ej. ítem 9.5.6. referido a estándares de infecciones) que no se corresponde con la comunicación objeto de este estudio o por cuestiones de adaptación cultural (por ej. ítem 10.4.1 el estudiante consulta periódicamente políticas y directrices en salud).</p>

Tabla 9.4

Propuesta B Competencia Comunicativa Especifica Grado de Enfermería UB Propia, según inspiración de fuentes y contraste de modelos de: Enfermería: Australia, Ontario, Cresi Europa. Medicina: Basel, EEUU (Kalamazo) Profesionales salud: Europa					
Postulados fundamentales: Cuidados enfermeros a la persona/grupo (integrada la familia). Todos los estados de salud incluida la muerte. Todas las etapas del ciclo vital. Todas las culturas, etnias, preferencias sexuales y religiosas. Todos los ámbitos asistenciales. Perspectiva biopsicosocial y espiritual. Modelo de atención centrado en el paciente. Práctica legal, ética y deontología profesional. Servicio de prestación de cuidados al paciente, a la salud pública y rendición de cuentas. Conocimientos de salud, humanísticos y sociales (Ciencias psicosociales aplicadas a las salud, enfermería psicosocial, ética y legislación, teorías de cuidados de enfermería en salud y enfermedad, incluida la salud mental). Compromiso con autorregulación personal y profesional		Enfermería Australia	Consenso Europa	Consenso Basel	Consenso Kalamazo
A. Comunicación básica					
1	Entiende los beneficios de asociación de enfoques en la comunicación interpersonal enfermera-paciente/grupo	x			
2	Usa variedad de técnicas de obtención de información: bibliografía, entrevista (preguntas abiertas y cerradas), historia clínica, filmografía (películas y videos) y otros documentos	x			
3	Conoce el marco de relación centrada en el paciente y reconoce que la comunicación puede mejorar su satisfacción y favorecer los resultados de salud	x	x	x	x
4	Maneja elementos claves de la comunicación interpersonal: escucha activa, retroalimentación, claridad, precisión, reformulación, confrontación o contrastación, clarificación.	x	x	x	
5	Adecua al contexto y observa elementos de comunicación no verbal: a) kinésicos: mirada, gestos, tacto, silencio; b) paralingüísticos: tono, velocidad, ritmo y c) proxémicos: distancia interpersonal y utilización del espacio.		x	x	
6	Usa variedad de técnicas de transmisión y presentación de información adecuándolas al contexto: descripción, análisis, síntesis, argumentación, contrastación, exposición, defensa argumental	x			
7	Acepta la individualidad y subjetividad de otras personas			x	
8	Respeto y actúa con sensibilidad ante la diversidad cultural y de opiniones en el cuidar	x			
9	Discrimina elementos que favorecen o dificultan la comunicación interpersonal				
10	Aplica la técnica de resolución de problemas			x	
11	Desarrolla habilidades de negociación	x			
12	Valora sus propios estereotipos y prejuicios sociales y demuestra comprensión de su relación con la experiencia personal, los conocimientos, la situación actual e intereses. Propone alternativas de mejora, si procede.		x	x	
13	Identifica, reflexiona y comunica sus propias fortalezas y debilidades y evalúa deseos, temores, metas, normas y valores.		x	x	
14	Reconoce su actitud hacia el trabajo (por ej. cinismo y satisfacción) y toma medidas en su caso		x	x	
15	Analiza situaciones de comunicación con los demás (por ej. reflexión entre pares, metacomunicación)		x	x	
16	Utiliza habilidades de comunicación escrita, oral y electrónica adecuadas a las necesidades del individuo/grupo	x	x		
17	Presenta con eficacia conocimientos y experiencias ante los demás (presentación de un paciente, detalles clínicos, datos científicos, etc.)		x		
18	Sabe nombrar correctamente a personas, instituciones y organismos relacionados con el trabajo y estudios		x		
19	Describe y valora su propia comunicación y propone alternativas de mejora, si procede		x		
B. Construcción de una relación de confianza (enfermera-paciente)					
1	Se presenta profesionalmente y se dirige al paciente por su nombre.				
2	Establece una relación de cercanía con el paciente, con respeto y empatía.	x	x	x	
3	Inicia y desarrolla una relación atenta (en estructura: comienzo, cuerpo, desenlace y contenidos: recogida de información -preguntas abiertas y cerradas- feedback, aclaraciones, contrastes, concreciones)	x	x	x	x
4	Adapta su lenguaje a la comprensión del paciente, o en su defecto, negocia su consentimiento para hablar con allegados (evita tecnicismos y jerga)		x	x	x
5	Deja que el paciente hable. Le alienta a expresar ideas propias, pensamientos, sentimientos y emociones	x		x	
6	Detecta déficits de comunicación en el paciente (por problemas físicos o mentales) y adapta su comunicación				
7	Explora y conoce las expectativas del paciente en torno a su rol profesional		x	x	
8	Plantea sus posibilidades de ayuda al paciente desde su perspectiva profesional, incluida la interconsulta o derivación	x			
9	Registra la información según pautas de la organización. Cuida claridad y ortografía de palabras y siglas	x	x		
10	Concluye la relación de confianza, resume información y concreta continuidad asistencial, si procede	x	x		x
C. Comunicación terapéutica enfermera-paciente					
1	Se comunica en el marco y desarrollo de la relación terapéutica enfermera-paciente (según objetivos de cada fase: inicial, intermedia, final)				
2	Considera la vertiente somática, psíquica, social, cultural, espiritual, de género y preferencias sexuales en la valoración del paciente y cuidados y reconoce posibles divergencias entre valores propios de los del paciente.	x	x	x	
3	Encausa una relación de colaboración con el paciente estableciendo los límites profesionales	x			
4	Adopta y/o potencia aspectos esenciales de la relación terapéutica con el paciente (verbal y no verbal): respeto, empatía, comodidad, apoyo, fomento de la autoestima, afirmación de la individualidad, integridad y autonomía del paciente.	x		x	
5	Alienta la expresión de dificultades, pensamientos, sentimientos y emociones en el paciente	x	x	x	
6	Ayuda al paciente en el reconocimiento y la gestión de sus emociones	x			
7	Detecta la cantidad de información que conoce el paciente sobre su enfermedad para adecuar su respuesta profesional		x	x	
8	Sabe prevenir conflictos en la relación (por ej. obtiene información sobre la percepción, el impacto, el deseo)		x	x	
9	Busca alternativas para quienes no pueden verbalizar (traductor, mediador cultural, si procede)	x			

Tabla 9.4/2				
10	Orienta la comunicación con el paciente hacia el aumento de control sobre su salud	x		
11	Obtiene información adicional, si es necesario (por ej a través de familia y cuidadores)	x	x	
12	Alienta la toma de decisiones en colaboración con el paciente y con su familia si este lo requiere	x	x	x
13	Discute con el paciente el espectro de los efectos de una decisión en salud		x	x
14	Explica y obtiene, si procede, el consentimiento informado por parte del paciente			
15	Habla con el paciente sobre la incertidumbre y le explica la necesidad de información, como forma de abordar dicha incertidumbre en colaboración			x
16	Explora recursos sociales y de apoyo de que dispone el paciente. Fomenta su mantenimiento y/o creación de nuevos recursos de apoyo y en su caso le orienta según posibilidades profesionales	x	x	x
17	Evita peligros y prioriza la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los cuidados	x		
18	Sintetiza la información, con balance de los beneficios obtenidos y de aspectos pendientes (al cerrar encuentro)		x	
19	Indaga que el paciente se siente atendido y concreta continuidad asistencial, si procede			x
20	Gestiona el tiempo discriminando requerimientos de flexibilidad		x	
21	Mantiene la confidencialidad de los datos del paciente	x		
D. Comunicación enfermera-paciente: situaciones específicas de salud				
1	Agudiza la empatía, la escucha y sensibilidad comunicativa (comunicación verbal y no verbal) ente situaciones de crisis del paciente y/o familia (malas noticias, estados de llanto, ansiedad, depresión, angustia, agresividad)		x	x
2	Atribuye margen de tiempo a la situación para evitar estrés adicional	x		
3	Emplea el silencio para facilitar la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos del paciente o allegados (por ej. deja llorar..)			
4	Asegura cuidados espirituales al paciente con ayuda de la familia	x		
5	Utiliza recursos ergonómicos y proxiémicos que faciliten el confort: espacio tranquilo (o evitar ruidos), asiento cómodo, ubicación cercana a la persona afectada	x		
6	Detecta y adecua la comunicación ante problemas de salud mental y deriva al paciente a especialistas, si procede	x		
7	Brinda soporte emocional adecuado a las situaciones específicas de salud	x		
E. Compromiso y desarrollo profesional				
<i>a) Trabajo en equipo:</i>				
1	Reconoce el potencial de rendimiento del trabajo en equipo (por ej. al sumar capacidades)	x		
2	Respetu y comprende el rol de compañeros con quienes trabaja y les identifica por su nombre			
3	Demuestra colaboración, feedback positivo y discute la consecución de objetivos comunes de salud	x	x	x
4	Se compromete y cumple con el trabajo asignado o asumido			
5	Expresa claridad en sus apreciaciones y escucha y reflexiona sobre las de otros compañeros		x	
6	Muestra flexibilidad con los compañeros		x	
7	Manifiesta crítica constructiva y favorece alternativas de solución, si se requiere		x	
8	Enumera factores que favorecen e inhiben el trabajo en equipo		x	x
9	Diferencia y compagina las metas del equipo de sus propios intereses		x	x
10	Define y es consecuente con su rol en el equipo		x	x
11	Ejerce tareas de liderazgo si procede (convocatorias, coordinación de tareas, etc.)			x
12	Participa en la ayuda a la formación de pares, en la medida de sus posibilidades			x
<i>b) Autorregulación:</i>				
13	Demuestra reflexividad para comprender la dimensión del cuidar de otros seres humanos			
14	Discute conflictos éticos y plantea desafíos con otros miembros del equipo de salud (por ej a nivel intercultural)		x	
15	Analiza y comunica errores al responsable del equipo de atención de salud*, evitando culpabilidad		x	
16	Se ocupa de su autocuidado y presta atención a sus propias emociones (por ej. ejerce bien el trabajo con mayor o menor simpatía hacia ciertas personas)			x
17	Mantiene su práctica en la legalidad profesional y/o universitaria en su caso*			
18	Reconoce que tiene deberes y derechos y actúa en consecuencia			x
19	Conoce y en su caso se responsabiliza de la rendición de cuentas*			
20	Planifica la actualización de sus conocimientos profesionales por responsabilidad personal y social *			
21	Explica la función de enfermería donde proceda	x		
22	Aboga por los derechos humanos y la justicia social de las personas más vulnerables (enfermedades con estigma, personas sin trabajo o sin techo, etc.)*			
23	Conoce el sistema de salud y su interrelación con el contexto social y global*			
80	TOTAL			
<p>NOTA: La "x" significa cierta coincidencia en los ítems de los diversos documentos de referencia (explícito o implícito). También, algunos ítems están expresados con acciones más globales, en otros documentos son más específicos (de ítem en ítem). El que aquí no este señalado, no supone que otros documentos no aborden la cuestión, aunque puede ser con sentido distinto al que aquí se propone. Finalmente, se han tomado como referencia algunos ítems de otros documentos y se han adaptado y en todos los casos, esta propuesta se refiere al rol y competencias propias de la profesión enfermera. Inspirados en CNO, (2014), que se expresa con *</p> <p>Fuentes (Elaboración y traducción propia):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education (2001). Essential Elements of Communication Medical Encounter: The Kalamazoo Consensus Statement. Academic Medicine, 76(4):390-393. - Bachmann, C.; Abramovitch H.; Barbu, C. G.; Cavaco, A.; Dago, R.; Haak, R.; Loureiro, E.; Ratajska, A.; Silverman, J.; Winterburn, S.; Rosenbaum, M. (2012). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. Patient Education and Counseling 93(1): 18-26 - * College of Nurses Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2014). National Competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice. Consultado Internet 7.9.14: www.cno.org - Kiessling, Claudia; Dieterich, Anja; Götz, Fabry; Hölzer, Henrike; Langewitz, Wolf; Mühlhans, Isabel; Pruskil, Susanne; Scheffer Simone; Schubert, Sebastian (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. Patient Education and Counseling 81:259-266 - Nursing and Midwifery Board of Australia (2013). National competency standard for the registered nurse. [Revision 2006] Pág. 1-11 				

Tabla 9.5 GRADO DE ENFERMERIA: COMPETENCIA ESPECIFICA DE COMUNICACION

Nombre						Total media por Apartado	CRITERIOS DE DESEMPEÑO	
Curso..... Grupo..... Grupo de trabajo en clase							GENERALES	
La/el estudiante de enfermería, en el contexto de: (A) aula (B) seminario teórico-práctico (C) ámbito asistencial, demuestra las capacidades siguientes (señalar con una cruz donde se obtiene la evaluación):								
DIMENSIONES Y CAPACIDADES		ITEMS POR DIMENSION	1	2	3	4	5	
1. INICIAR UNA RELACION DE CONFIANZA		1.1. ESCUCHA						<p>- Comprende el contexto general (relacionado con la emergencia del tipo de servicio a prestar y en su caso, el tipo de contexto clínico, hospitalario u extrahospitalario) y el específico (relacionado con la demanda o necesidad del paciente o grupo) en el cual se enmarca la situación asistencial.</p> <p>- Discrimina las diferencias de orientación comunicativa que exigen los diversos escenarios asistenciales, en relación con las demandas del enfermo y grupo y en su caso con otros profesionales.</p> <p>- Adecua el desarrollo comunicativo a los diversos escenarios asistenciales en significado y sentido, acorde con las finalidades pretendidas y los requerimientos del paciente o grupo</p> <p>- Argumenta con soporte de evidencias y datos, si la situación lo requiere y responde a preguntas</p> <p>ESPECIFICOS En Dimensiones 1,2,3,4,5,6,7 se repiten ítems siguientes:</p> <p>1.1. ESCUCHA - Demuestra que sabe escuchar (selecciona la información pertinente)</p> <p>1.2. INFORMA - Informa de forma procedente acorde con las características de la persona o grupo y los fines de la situación</p> <p>1.3. APOYA - Modula la intensidad de soporte o apoyo psicológico en función de los requerimientos del paciente, grupo y/o situación</p> <p>1.4. NEGOCIA - Muestra conocimiento y habilidades de negociación, manteniendo el respeto a las preferencias de la persona o grupo.</p> <p>1.5. GESTIONA CONFLICTOS - Muestra disponibilidad para resolver conflictos y los gestiona en la medida de sus posibilidades y acorde con las exigencias de su rol. En su caso deriva la situación a otro profesional, según proceda.</p> <p>1.6. ACTUA ÉTICAMENTE - Busca obtener conocimiento de la preocupación de la persona y comprenderla en su contexto</p> <p>En Dimensiones 4,5,6,7 aparecen añadidos ítems siguientes:</p> <p>4.7. COLABORA Disposición para ayudar y asumir responsabilidades</p> <p>4.8. ADECUA TIEMPO Se ajusta a margen de tiempo disponible</p> <p>5.7. FACILITA DUELO: PACIENTE Y FAMILIA. Ayuda en su elaboración y aflicción</p> <p>5.9. AUTOCUIDADO Cuida y revisa su salud y sus emociones</p> <p>6.7. y 7.7. RESPONDE APREGUNTAS Se muestra solícito/a con interés ajeno</p>
1.a - Acogida del paciente y allegados		1.2. INFORMA						
1.b - Respeto y tolerancia		1.3. APOYA						
1.c - Cuidar y adecuar mensajes		1.4. NEGOCIA						
1.d - Garantizar confidencialidad		1.5. GESTIONA CONFLICTOS						
1.e - Perspectiva psicosocial y espiritual		1.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
1.f - Contemplar deontología profesional								
2. APORTA, SI ES NECESARIO, UN SOPORTE PSICOLÓGICO Y ESTABLECE UNA RELACION DE AYUDA		2.1. ESCUCHA						
2.a - Reconocer protagonismo paciente		2.2. INFORMA						
2.b - Permitir expresión de cansancio y angustia		2.3. APOYA						
2.c - Contemplar posibilidad trastorno psíquico		2.4. NEGOCIA						
2.d - Flexibilidad y pensamiento crítico		2.5. GESTIONA CONFLICTOS						
		2.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
3. GUIA UNA EDUCACION TERAPEUTICA A LA PERSONA		3.1. ESCUCHA						
3.a - Diseñar y secuenciar estrategia individual		3.2. INFORMA						
3.b - Garantizar la aceptación del paciente		3.3. APOYA						
3.c - Acompañar a persona o grupo		3.4. NEGOCIA						
3.d - Mostrar creatividad y coherencia		3.5. GESTIONA CONFLICTOS						
3.e - Favorecer resultados en salud del paciente		3.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
3.f - Consultar evolución del proceso si procede								
4. TRABAJA EN EQUIPO		4.1. ESCUCHA						
4.a - Identificar miembros y roles del equipo		4.2. INFORMA						
4.b - Mostrar disponibilidad y receptividad		4.3. APOYA						
4.c - Garantizar continuidad y guión cuidados		4.4. NEGOCIA						
4.d - Informar y justificar cambios organizativos		4.5. GESTIONA CONFLICTOS						
4.e - Demostrar responsabilidad y flexibilidad		4.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
4.f - Reflexionar a partir del saber de otros/as		4.7. COLABORA						
4.g - Comunicar y aprender de los conflictos		4.8. ADECUA TIEMPO						
4.h - Rendir cuentas cuando proceda								
5. FACILITA EL DUELO A PACIENTE Y/O FAMILIA. DEMUESTRA AUTOCUIDADO		5.1. ESCUCHA						
5.a - Respetar y tolerar, especialmente		5.2. INFORMA						
5.b - Cuidar las palabras, el tono y el ritmo		5.3. APOYA						
5.c - Atribuir disponibilidad, espacio y tiempo		5.4. NEGOCIA						
5.d - Permitir expresión de angustia o aflicción		5.5. GESTIONA CONFLICTOS						
5.e - Atender deontología profesional		5.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
5.f - Seguir y cuidar el proceso, si procede		5.7. AYUDA DUELO PACIENTE						
5.g - Revisar y cuidar estado emocional propio		5.8. AYUDA DUELO FAMILIA						
		5.9. AUTOCUIDADO						
6. EXPONE LA INFORMACION Y LOS DATOS EN LA FORMALIDAD REQUERIDA		6.1. ESCUCHA						
6.a - Atender el rigor de la información		6.2. INFORMA						
6.b - Aportar datos pertinentes		6.3. APOYA						
6.c - Contemplar desarrollo profesional		6.4. NEGOCIA						
6.d - Reflexionar sobre saber de otros/as		6.5. GESTIONA CONFLICTOS						
6.e - Autoevaluación		6.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
		6.7. RESPONDE PREGUNTAS						
7. AYUDA A LOS PARES EN SU FORMACION		7.1. ESCUCHA						
7.a - Acoger con organización y amabilidad		7.2. INFORMA						
7.b - Ayudar en adaptación a servicio		7.3. APOYA, COLABORA,						
7.c - Proporcionar saber pertinente		7.4. NEGOCIA						
7.d - Cuidar responsabilidad y modelo de rol		7.5. GESTIONA CONFLICTOS						
7.e - Reflexionar sobre aprendizaje recíproco		7.6. ACTUA ÉTICAMENTE						
7.f - Informar a responsable sobre detección de dificultades específicas		7.7. RESPONDE PREGUNTAS						
CALIFICACION TOTAL (media de los totales de cada apartado)								
5: EXCELENTE, 4: NOTABLE, 3: APROBADO, 2: DEFICIENTE, 1: INSUFICIENTE (CALIFICACION FINAL PONDERABLE A LA ALZA CON OTROS EJERCICIOS PREVIOS)								
1er CURSO.- El estudiante <u>se inicia</u> en la comunicación profesional. Podría responder a una complejidad mínima de la CEC, en sincronía con ejercicios y asignaturas establecidos en el 1er curso y en el aula.								
2º CURSO.- obtiene un <u>inicio avanzado</u> en la comunicación profesional. Comienza sus prácticas asistenciales. Podría responder a mayor complejidad de esta CEC que en curso anterior, mediante ejercicios en el aula y refuerzo a través de seminarios en interacción con las prácticas.								
3er CURSO.- <u>Conoce</u> la comunicación profesional. Intensifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre la realidad asistencial en beneficio de esta CEC.								
4er CURSO.- El estudiante, en esencia, <u>domina</u> la comunicación profesional. Intensifica y diversifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre especialidades asistenciales. Precisa beneficiarse de esta CEC al presentar el Trabajo de Fin de Grado.								
Fuente: elaboración propia a partir de <u>Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008)</u> . Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1 (Elaboración y traducción propia del francés)								

Tabla 9-6 COMPETENCIA ESPECIFICA DE COMUNICACION GRADO DE ENFERMERIA UB: DATOS ESTUDIANTE									
Nombre					Total media por apartados	OBSERVACIONES EVALUADOR/A: (A) <u>SOBRE EL ESTUDIANTE</u>			
Curso..... Grupo..... Grupo de trabajo en clase									
La/el estudiante de enfermería, en el contexto de: (A) aula (B) seminario teórico-práctico (C) ámbito asistencial, demuestra las capacidades siguientes (señalar con una cruz donde se obtiene la evaluación):					1	2	3	4	5
1. INICIA UNA RELACION DE CONFIANZA 1.a - Acogida del paciente y allegados 1.b - Respeto y tolerancia 1.c - Cuidar y adecuar mensajes 1.d - Garantizar confidencialidad 1.e - Perspectiva psicosocial y espiritual 1.f - Contemplar deontología profesional	1.1. ESCUCHA								
	1.2. INFORMA								
	1.3. APOYA								
	1.4. NEGOCIA								
	1.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	1.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	2.1. ESCUCHA								
2. APORTA, SI ES NECESARIO, UN SOPORTE PSICOLOGICO Y ESTABLECE UNA RELACION DE AYUDA 2.a - Reconocer protagonismo paciente 2.b - Permitir expresión de cansancio y angustia 2.c - Contemplar posibilidad trastorno psíquico 2.d - Flexibilidad y pensamiento crítico	2.2. INFORMA								
	2.3. APOYA								
	2.4. NEGOCIA								
	2.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	2.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	3.1. ESCUCHA								
	3.2. INFORMA								
3. GUIA UNA EDUCACION TERAPEUTICA A LA PERSONA 3.a - Diseñar y secuenciar estrategia individual 3.b - Garantizar la aceptación del paciente 3.c - Acompañar a persona o grupo 3.d - Mostrar creatividad y coherencia 3.e - Favorecer resultados en salud del paciente	3.3. APOYA								
	3.4. NEGOCIA								
	3.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	3.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	4.1. ESCUCHA								
	4.2. INFORMA								
	4.3. APOYA								
4. TRABAJA EN EQUIPO 4.a - Identificar miembros y roles del equipo 4.b - Mostrar disponibilidad y receptividad 4.c - Garantizar continuidad y guió cuidados 4.d - Informar y justificar cambios organizativos 4.e - Demostrar responsabilidad y flexibilidad 4.f - Reflexionar a partir del saber de otros/as 4.g - Comunicar y aprender de los conflictos 4.h - Rendir cuentas cuando proceda	4.4. NEGOCIA								
	4.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	4.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	4.7. COLABORA								
	4.8. ADECUA TIEMPO								
	5.1. ESCUCHA								
	5.2. INFORMA								
	5.3. APOYA								
5. AYUDA EN EL DUELO A PACIENTE Y/O FAMILIA. DEMUESTRA AUTOCUIDADO 5.a - Respetar y tolerar, especialmente 5.b - Cuidar las palabras, el tono y el ritmo 5.c - Atribuir disponibilidad, espacio y tiempo 5.d - Permitir expresión de angustia o aflicción 5.e - Atender deontología profesional 5.f - Seguir y cuidar el proceso, si procede 5.g - Revisar y cuidar estado emocional propio	5.4. NEGOCIA								
	5.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	5.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	5.7. FACILITA DUELO A PACIENTE								
	5.8. FACILITA DUELO A FAMILIA								
	5.9. AUTOCUIDADO								
	6.1. ESCUCHA								
6. EXPONE LA INFORMACION Y LOS DATOS EN LA FORMALIDAD REQUERIDA 6.a - Atender el rigor de la información 6.b - Aportar datos pertinentes 6.c - Contemplar desarrollo profesional 6.d - Reflexionar sobre saber de otros/as 6.e - Autoevaluación	6.2. INFORMA								
	6.3. APOYA								
	6.4. NEGOCIA								
	6.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	6.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	6.7. RESPONDE A PREGUNTAS								
	7.1. ESCUCHA								
7. AYUDA A LOS PARES EN SU FORMACION 7.a - Acoger con organización y amabilidad 7.b - Ayudar en adaptación a servicio 7.c - Proporcionar saber pertinente 7.d - Cuidar responsabilidad y modelo de rol 7.e - Reflexionar sobre aprendizaje recíproco 7.f - Informar a responsable sobre detección de dificultades específicas	7.2. INFORMA								
	7.3. APOYA								
	7.4. NEGOCIA								
	7.5. GESTIONA CONFLICTOS								
	7.6. ACTUA ÉTICAMENTE								
	7.7. COLABORA								
	7.8. RESPONDE A PREGUNTAS								
	CALIFICACION TOTAL (media de los totales de cada apartado)								
5: EXCELENTE, 4: NOTABLE, 3: APROBADO, 2: DEFICIENTE, 1: INSUFICIENTE (CALIFICACION FINAL PONDERABLE A LA ALZA CON OTROS EJERCICIOS PREVIOS)									
1er CURSO.- El estudiante <u>se inicia</u> en la comunicación profesional. Podría responder a una complejidad mínima de la CEC, en sincronía con ejercicios y asignaturas establecidos en el 1er curso y en el aula.									
2º CURSO.- Obtiene un <u>inicio avanzado</u> en la comunicación profesional. Comienza sus prácticas asistenciales. Podría responder a mayor complejidad de esta CEC que en curso anterior, mediante ejercicios en el aula y refuerzo a través de seminarios en interacción con las prácticas.									
3er CURSO.- <u>Conoce</u> la comunicación profesional. Intensifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre la realidad asistencial en beneficio de esta CEC.									
4er CURSO.- El estudiante, en esencia, <u>domina</u> la comunicación profesional. Intensifica y diversifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre especialidades asistenciales. Precisa beneficiarse de esta CEC al presentar el Trabajo de Fin de Grado.									
Fuente: elaboración propia a partir de Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008). Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1 (Elaboración y traducción propia del francés)									

Tabla 9.7. GRADO DE ENFERMERIA: COMPETENCIA ESPECIFICA DE COMUNICACION

Nombre						Total media por apartados	OBSERVACIONES EVALUADOR/A: (A) SOBRE EL INSTRUMENTO			
Curso..... Grupo..... Grupo de trabajo en clase										
La/el estudiante de enfermería, en el contexto de: (A) aula (B) seminario teórico-práctico (C) ámbito asistencial, demuestra las capacidades siguientes (señalar con una cruz donde se obtiene la evaluación):						1	2	3	4	5
1. INICIAR UNA RELACION DE CONFIANZA 1.a - Acogida del paciente y allegados 1.b - Respeto y tolerancia 1.c - Cuidar y adecuar mensajes 1.d - Garantizar confidencialidad 1.e - Perspectiva psicosocial y espiritual 1.f - Contemplar deontología profesional	1.1. ESCUCHA									
	1.2. INFORMA									
	1.3. APOYA									
	1.4. NEGOCIA									
	1.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	1.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
2. APORTA, SI ES NECESARIO, UN SOPORTE PSICOLOGICO Y ESTABLECE UNA RELACION DE AYUDA 2.a - Reconocer protagonismo paciente 2.b - Permitir expresión de cansancio y angustia 2.c - Contemplar posibilidad trastorno psíquico 2.d - Flexibilidad y pensamiento crítico	2.1. ESCUCHA									
	2.2. INFORMA									
	2.3. APOYA									
	2.4. NEGOCIA									
	2.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	2.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
3. GUIA UNA EDUCACION TERAPEUTICA A LA PERSONA 3.a - Diseñar y secuenciar estrategia individual 3.b - Garantizar la aceptación del paciente 3.c - Acompañar a persona o grupo 3.d - Mostrar creatividad y coherencia 3.e - Favorecer resultados en salud del paciente	3.1. ESCUCHA									
	3.2. INFORMA									
	3.3. APOYA									
	3.4. NEGOCIA									
	3.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	3.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
4. TRABAJA EN EQUIPO 4.a - Identificar miembros y roles del equipo 4.b - Mostrar disponibilidad y receptividad 4.c - Garantizar continuidad y guión cuidados 4.d - Informar y justificar cambios organizativos 4.e - Demostrar responsabilidad y flexibilidad 4.f - Reflexionar a partir del saber de otros/as 4.g - Comunicar y aprender de los conflictos 4.h - Rendir cuentas cuando proceda	4.1. ESCUCHA									
	4.2. INFORMA									
	4.3. APOYA									
	4.4. NEGOCIA									
	4.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	4.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
	4.7. COLABORA									
	4.8. ADECUA TIEMPO									
5. AYUDA EN EL DUELO A PACIENTE Y/O FAMILIA. DEMUESTRA AUTOCUIDADO 5.a - Respetar y tolerar, especialmente 5.b - Cuidar las palabras, el tono y el ritmo 5.c - Atribuir disponibilidad, espacio y tiempo 5.d - Permitir expresión de angustia o aflición 5.e - Atender deontología profesional 5.f - Seguir y cuidar el proceso, si procede 5.g - Revisar y cuidar estado emocional propio	5.2. INFORMA									
	5.3. APOYA									
	5.4. NEGOCIA									
	5.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	5.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
	5.7. FACILITA DUELO A PACIENTE									
	5.8. FACILITA DUELO A FAMILIA									
	5.9. AUTOCUIDADO									
6. EXPONE LA INFORMACION Y LOS DATOS EN LA FORMALIDAD REQUERIDA 6.a - Atender el rigor de la información 6.b - Aportar datos pertinentes 6.c - Contemplar desarrollo profesional 6.d - Reflexionar sobre saber de otros/as 6.e - Autoevaluación	6.1. ESCUCHA									
	6.2. INFORMA									
	6.3. APOYA									
	6.4. NEGOCIA									
	6.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	6.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
	6.7. RESPONDE A PREGUNTAS									
7. AYUDA A LOS PARES EN SU FORMACION 7.a - Acoger con organización y amabilidad 7.b - Ayudar en adaptación a servicio 7.c - Proporcionar saber pertinente 7.d - Cuidar responsabilidad y modelo de rol 7.e - Reflexionar sobre aprendizaje recíproco 7.f - Informar a responsable sobre detección de dificultades específicas	7.1. ESCUCHA									
	7.2. INFORMA									
	7.3. APOYA									
	7.4. NEGOCIA									
	7.5. GESTIONA CONFLICTOS									
	7.6. ACTUA ÉTICAMENTE									
	7.7. COLABORA									
	7.8. RESPONDE A PREGUNTAS									
CALIFICACION TOTAL (media de los totales de cada apartado)										
5: EXCELENTE, 4: NOTABLE, 3: APROBADO, 2: DEFICIENTE, 1: INSUFICIENTE (CALIFICACION FINAL PONDERABLE A LA ALZA CON OTROS EJERCICIOS PREVIOS)										
1er CURSO.- El estudiante <u>se inicia</u> en la comunicación profesional. Podría responder a una complejidad mínima de la CEC, en sincronía con ejercicios y asignaturas establecidos en el 1er curso y en el aula.										
2º CURSO.- Obtiene un <u>inicio avanzado</u> en la comunicación profesional. Comienza sus prácticas asistenciales. Podría responder a mayor complejidad de esta CEC que en curso anterior, mediante ejercicios en el aula y refuerzo a través de seminarios en interacción con las prácticas.										
3er CURSO.- <u>Conoce</u> la comunicación profesional. Intensifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre la realidad asistencial en beneficio de esta CEC.										
4er CURSO.- El estudiante, en esencia, <u>domina</u> la comunicación profesional. Intensifica y diversifica su periodo de prácticas y amplía su conocimiento sobre especialidades asistenciales. Precisa beneficiarse de esta CEC al presentar el Trabajo de Fin de Grado.										
Fuente: elaboración propia a partir de Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008). Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1 (Elaboración y traducción propia del francés)										

Tabla 9-8

GRADO DE ENFERMERIA: COMPETENCIA ESPECIFICA DE COMUNICACION						
RUBRICA DE TODOS LOS CURSOS						
Nombre Grupo 4º curso.....	Calificación final de los 4 cursos					OBSERVACIONES EVALUADOR/A POSIBILIDAD PARA SUPLEMENTO AL TITULO (ASPECTOS EN LOS QUE DESTACA EL ESTUDIANTE):
		1er curso	2º curso	3er curso	4º curso	
La/el estudiante de enfermería, en el contexto de: (A) aula (B) seminario teórico-práctico (C) ámbito asistencial, ha demostrado las capacidades siguientes:						TOTAL
1. Iniciar una relación de confianza						
2. Aporta, si es necesario, un soporte psicológico y establece una relación de ayuda						
3. Guía una educación terapéutica a la persona						
4. Trabaja en equipo						
5. Favorece el duelo en paciente y/o familia. Demuestra autocuidado						
6. Expone la información y los datos en la formalidad requerida						
7. Ayuda a los pares en su formación						
CALIFICACION TOTAL						
5: EXCELENTE, 4: NOTABLE, 3: APROBADO, 2: DEFICIENTE, 1: INSUFICIENTE						
1ER CURSO.- El estudiante se inicia en la comunicación profesional. Podría responder a una complejidad mínima de la CEC, en sincronía con ejercicios y asignaturas establecidos en el 1er curso y en el aula.						
2º CURSO.- El estudiante obtiene un inicio avanzado en la comunicación profesional. Comienza sus prácticas asistenciales. Podría responder a mayor complejidad de esta CEC que en curso anterior, mediante ejercicios en el aula y refuerzo a través de seminarios en interacción con las prácticas.						
3er CURSO.- El estudiante conoce la comunicación profesional. Intensifica su periodo de prácticas y amplia su conocimiento sobre la realidad asistencial en beneficio de esta CEC.						
4er CURSO.- El estudiante, en esencia, domina la comunicación profesional. Intensifica y diversifica su periodo de prácticas y amplia su conocimiento sobre especialidades asistenciales. Precisa beneficiarse de esta CEC al presentar el Trabajo de Fin de Grado.						
Fuente: elaboración propia a partir de Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008). Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1. (Traducción propia del francés)						

<p style="text-align: center;">Tabla 9-9 GRADO ENFERMERIA UB: COMPETENCIA COMUNICATIVA ESPECIFICA EQUIVALENCIA CRESI</p>		
<p>COMPETENCIA COMUNICACION HABLAR, ESCUCHAR, EMISION DE MENSAJES, PRESENTACION DE UN DISCURSO, GESTION DEL TIEMPO, PERSUASION</p>		
<p>ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA COMUNICACIÓN (SELECCIÓN Y ABSTRACCION LITERAL Tabla 3 CRESI, 2008)</p>	<p>ACTUACION RELACIONADA CON LA COMUNICACION (SINTESIS)</p>	<p>COMPETENCIA COMUNICATIVA ESPECIFICA BASICA</p>
<p>CRITERIOS, EJEMPLOS DE INDICADORES</p>		
<p>Capacidad 3.1: ESTABLECER UNA RELACION DE CONFIANZA</p>		
<p>-Acogida del paciente y su entorno -Adaptar la comunicación verbal y no verbal a la persona y Situación -Asegurar la confidencialidad -Considerar las diferentes dimensiones del paciente física, psicológica, social y espiritual -Respetar las elecciones de la persona</p>	<p>ACOGER ADECUAR COMUNICACIÓN A RECEPTOR Y/O SITUACION MANTENER SECRETO PROFESIONAL CONSIDERAR PERSONA PSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL RESPETAR</p>	<p>ESCUCHAR INFORMAR APOYAR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>Capacidad 3.2: APORTAR, SI ES NECESARIO, UN SOPORTE PSICOLOGICO, ESTABLECER UNA RELACION DE AYUDA</p>		
<p>-Permitir la expresión de los pensamientos y sentimientos del paciente a través de la comunicación verbal y no verbal -Analizar la dinámica relacional -Permitir a la persona ser el protagonista cansado de su situación -Considerar las necesidades de comunicación específicas de una persona en situación de angustia -Identificar los cuidados específicos de los pacientes afectados de trastornos psíquicos -Adaptar su actitud a los trastornos psíquicos de la persona</p>	<p>PERMITIR EXPRESION, ESCUCHAR, OBSERVAR ANALIZAR PROCESO TOLERAR ADECUAR, ADAPTAR COMUNICACIÓN IDENTIFICAR REQUERIMIENTOS DE COMUNICACIÓN ESPECIFICA ADAPTAR ACTITUD A REQUERIMIENTOS PERSONA</p>	<p>ESCUCHAR INFORMAR APOYAR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>Capacidad 3.3: INFORMAR, EDUCAR GUIAR UNA EDUCACION TERAPEUTICA A LAS PERSONAS</p>		
<p>-Respetar los pasos del enfoque educativo -Personalizar los métodos pedagógicos y los medios de comunicación..... -Negociar, buscar e investigar la adhesión del paciente -Acompañar a la persona o grupo en un proceso de aprendizaje para ser apoyados en su salud o su tratamiento -Explicar toda acción al paciente -Procurar e indagar el consentimiento de la persona</p>	<p>RESPECTAR ORIENTACION TEORICA PERSONALIZAR, CREAR METODOS NEGOCIAR, BUSCAR, INVESTIGAR ACOMPañAR EN APRENDIZAJE, APOYAR, EXPLICAR INDAGAR Y NEGOCIAR</p>	<p>ESCUCHAR INFORMAR APOYAR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>Capacidad 3.4: TRABAJAR EN EQUIPO/TRABAJAR EN COLABORACIÓN CON LA PERSONA Y/O EL EQUIPO</p>		
<p>-Identificar los diferentes actores y asociados y solicitar su sabiduría -Asegurar la continuidad y guión de los cuidados..... -Explicar y argumentar la organización de las actividades.....</p>	<p>APRENDER DE EXPERTOS GARANTIZAR CUIDADOS ADECUADOS EXPLICAR, ARGUMENTAR (Y RENDIR CUENTAS, SI PROCEDE)</p>	<p>ESCUCHAR COLABORAR INFORMAR APOYAR PERSUADIR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>Capacidad 3.5: GESTIONAR EMOCIONES PROPIAS Y AYUDAR AL PACIENTE EN LAS SUYAS</p>		
<p>-Adaptar su comportamiento a las persona, a la situación..... -Considerar las observaciones y las ideas del otro -Tomar conciencia de sus límites</p>	<p>ADAPTAR COMPORTAMIENTO A PERSONA Y SITUACION CONSIDERAR MANIFESTACIONES DEL AL OTRO/OTRA COMPRENDER LIMITES</p>	<p>ESCUCHAR INFORMAR APOYAR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS ACTUACION ÉTICA ATENCIÓN ESPECIFICA AL FINAL DE LA VIDA (PACIENTE Y FAMILIA)</p>
<p>Capacidad 3.6: EXPONER LO DATOS, INFORMACIONES/PRESENTAR UNA EXPOSICIÓN</p>		
<p>-Emplear los métodos de soporte pedagógico pertinentes..... -Adaptar la comunicación verbal y no verbal -Asegurarse de la fiabilidad de las informaciones transmitidas..... -Autoevaluarse.....</p>	<p>EXPONER DATOS Y AVALAR. SOPORTE ADAPTAR COMUNICACION VERBAL Y NO VERBAL ASEGURAR RIGOR TRANSMISIONES AUTOEVALUARSE</p>	<p>ESCUCHAR INFORMAR APOYAR PERSUADIR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS RESPONDE A PREGUNTAS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>Capacidad 3.7: FORMAR, ENMARCAR A LOS PARES, LAS PERSONAS EN FORMACION</p>		
<p>-Organizar la acogida -Asegurar la transmisión del saber hacer en conformidad con el nivel de formación del alumno -Pertinencia de los conocimientos transmitidos -Conocer el campo de competencias de los miembros del equipo -Colaborar en equipo</p>	<p>PREPARAR ACOGIDA TRANSMITIR SABER A ESTUDIANTES ADAPTADO A SU NIVEL CONOCER Y COLABORAR</p>	<p>ESCUCHAR COLABORAR INFORMAR APOYAR PERSUADIR NEGOCIAR GESTIONAR CONFLICTOS COLABORA, RESPONDE A PREGUNTAS ACTUACION ÉTICA</p>
<p>(*) Fuente: elaboración propia a partir de Référéntiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008).</p>		

aporta requiere ser criticada y/o consensuada por la comunidad académica de profesorado que se establezca o corresponda, si fuera el caso. 4) El diseño de la propuesta es general (intenta no entrar en el campo de asignaturas específicas) y se beneficiaría de los parámetros particulares que puedan aportar el resto de asignaturas en función de sus propios objetivos y propósitos, si fuera el caso. 5) Dadas las características de la comunicación donde la externalización de las connotaciones competenciales saber, saber ser y saber estar, se manifiestan mediante discurso y comportamientos (integrando conocimientos, actitudes y habilidades), la ética del saber, del hacer y del decir resulta inherente a esta propuesta de competencia comunicativa.

Se plantea como *postulados* los siguientes: 1) *Atención centrada en el paciente o cliente*. De acuerdo con estándares internacionales actuales para la enfermería y las profesiones de salud, el enfoque de los cuidados se centra en el paciente o cliente (y en su caso la familia que el indique). 2) *Conocimientos*. Se parte de la base de que el estudiante dispone de conocimientos acerca de la profesión. En el caso del estudiante pregraduado, se entiende que este demuestra sus conocimientos al superar en cada curso académico las materias de estudio, que en el presente en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, son las siguientes: **1er curso:** Anatomía humana; Bioquímica i nutrició; Fisiopatologia; Ciències Psicosocials aplicades a la salut; Fonaments històrics, teòrics i metodològics; Fisiologia. **2º curso:** Farmacologia clínica; Iniciació a la metodologia científica, documentació i TICS; Instruments d'estudis de la salut; Gerontologia; Ètica i legislació; Infermeria de salut publica i comunitària; Infermeria clínica I; Estadets clíniques I. **3er curso:** Infermeria clínica II; Infermeria comunitària; Estadets clíniques II; Estadets clíniques III. **4º curso:** Gestió d'Infermeria; Infermeria del Nen i del adolescent; Infermeria de salut sexual i reproductiva; Infermeria de salut mental. A efectos de este estudio, este aspecto no solo condiciona el aprendizaje concreto que puedan suministrar los conocimientos adquiridos, sino que al diversificarse e incrementarse las experiencias relacionadas con las respectivas materias (situaciones, escenarios, etc.), estas favorecen la progresión cognitiva y potencial de ejecución en relación con el desarrollo de la competencia comunicativa (por ej. incrementar el léxico común y el lenguaje técnico). 3) *Escenarios y metodología*. La praxis de la enfermera o del estudiante pregraduado en prácticas, se desarrolla en diversos escenarios (asistencia comunitaria: incluida asistencia primaria y domiciliaria, régimen residencial o largas estancias y hospitalización) dentro de un equipo asistencial de salud en interacción con los pacientes/clientes y grupo (que integra la familia). A su vez, el trabajo enfermero se estructura en torno a la siguiente metodología: Valoración, Planificación, Implementación, Evaluación¹⁵¹. No obstante, en primer curso donde el estudiante no acude a prácticas, el escenario podría ser también el de clase magistral (por ej a través de ejercicios, presentaciones y debate) complementado con seminarios (por ej. a través de rol playing y exposición de proyectos). Posteriormente, sería posible el trabajo comunicativo competencial durante las practicas (por ej a través de trabajo de casos y resolución de problemas).

El *marco conceptual* de referencia¹⁵². El núcleo del marco de referencia se establece en base a los elementos siguientes (Fig. 1). La enfermería a partir de un enfoque de atención centrada en el paciente (ACP), comparte con este la información para buscar estrategias que mejoren su estado de salud. Para ello, se sirve de una serie de pasos metodológicos (Valoración, Planificación, Implementación, Evaluación) en concordancia con la participación y el acuerdo del paciente o de sus allegados si no lo permite el estado de salud de aquel. De acuerdo con

¹⁵¹ Fuentes: Los aspectos esenciales que se describen son comunes del trabajo y la metodología enfermera a nivel internacional, sin embargo, están inspirados en la propuesta del College of Nurses Ontario (CNO). No obstante la sistematización o modelo cíclico que se presenta es empleado también por otras profesiones y en especial para la construcción de estándares de competencia, según aparece documentado en alguna publicación (Lester, 2013:50).

¹⁵² Fuentes: La estructura de este marco de referencia se basa parcialmente en el propuesto por: College of Nurses Ontario (CNO). Se toman esencialmente, los términos o nomenclatura de dicho marco, cuya utilización de la publicación en general, es permitida para fines relacionados con la educación. Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2014). *National Competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice*. Consultado Internet 7.9.14: www.cno.org

tendencias actuales para las profesiones de salud, juntamente con los aspectos referidos, el trabajo de la enfermera gira entorno a una serie de elementos clave, que juntos constituyen el marco de referencia o conceptual para esta profesión: 1) *Conocimientos*. Enfermería dispone de un cuerpo específico de conocimientos que sustentan su práctica y realiza una aplicación competente de dichos conocimientos en la prestación de cuidados. Las declaraciones de competencia del graduado/a en enfermería se aplican a los cuatro ámbitos de la atención de enfermería: Valoración, Planificación, Implementación de cuidados y Evaluación. La prestación de la atención de enfermería "es un proceso iterativo de investigación crítica y no es de naturaleza lineal" (CNO, 2014: 4-5). 2) Legislación y normativa. Es una profesión sujeta a la legislación y normativa profesional. Durante los estudios le atañe la legislación universitaria cuya formación guarda conexión con el Marco Europeo de Cualificaciones y tiene en cuenta la legislación de carácter profesional, para cuya preparación y fines se estructura la graduación. 3) Servicio público y rendición de cuentas. 4) Sus actuaciones de cuidado desde las diversas especialidades (incluida la salud mental) se entienden como un bien de servicio público a las personas/grupos en todas las edades y etapas del ciclo vital, incluida la etapa del fin de la vida y la muerte, por lo que enfermería esta involucrada en la rendición de cuentas a nivel profesional y social. 5) Ética. Entre sus responsabilidades más destacadas figura el comportamiento ético, recogido en el Código Deontológico de la Profesión Enfermera en cualquiera de sus versiones (Consejo Internacional de Enfermería, Consejo de Enfermería en España y del Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya), y en especial la consideración de los siguientes principios:

- 1) El respeto a la dignidad humana, a la individualidad, a la confidencialidad y a la cultura en cualquier condición étnica, social, religiosa o de preferencia sexual.
- 2) Velar por proteger y garantizar la seguridad del paciente.
- 3) Favorecer la evitación, el control y en su caso, la declaración de efectos adversos así como plantear conflictos éticos a los responsables procedentes.
- 4) Abogar o mediar por la defensa del paciente, siempre que sea posible.
- 5) Defender los derechos humanos y la justicia social, en especial ante personas vulnerables y en base al reconocimiento de los determinantes sociales de la salud (ej enfermedades con estigma, derecho al trabajo, derecho a la alimentación, a vivienda, etc.).
- 6) Autorregulación. Supone asumir la responsabilidad del mantenimiento de la actualización profesional a través del cumplimiento de la normativa profesional, incluida la requerida por la colegiación en beneficio de la salud de las personas que se cuidan y ejercicio de la salud pública.
- 7) Integra también la necesidad de mantener la actualización y progreso de conocimientos profesionales a través de realizar el diseño de planes formativos según aspiraciones personales y requerimientos profesionales, en consideración a una sociedad cambiante y con requerimientos emergentes. En especial, interesa el compromiso, la reflexión permanente y la investigación crítica sobre déficits y brechas asistenciales de los cuidados en salud, así como participar en estudios para abordar la consecución de nuevos retos en el campo de la enfermería.

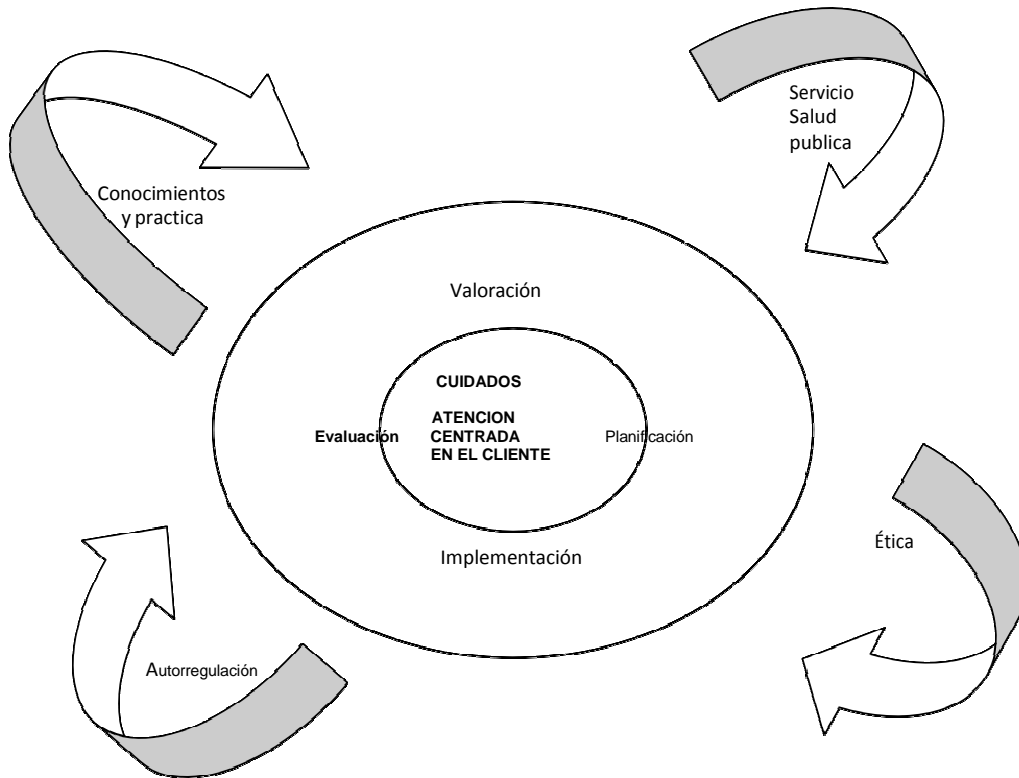


Figura 9-1. Marco conceptual de Enfermería propuesto

Fuente: College of Nurses Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2014). *National Competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice*. Consultado Internet 7.9.14: www.cno.org

Elaboración y traducción propia.

9.2. Modalidad de enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa en cuidados

Resultados de aprendizaje

En el proceso de configuración del Espacio Europeo de Educación superior, el Comunicado de Berlín, 2003¹⁵³ instó a los países miembros de dicho proceso, a desarrollar el Marco de Cualificaciones del Espacio Europeo de Educación Superior, así como marcos de cualificaciones profesionales nacionales para la educación superior comparables y compatibles. Dicho comunicado indica que estos marcos deberían describir las cualificaciones en términos de niveles y resultados de aprendizaje. En 2005, la Conferencia de Ministros europeos de Educación Superior en Bergen tomo la decisión de adoptar el Marco de Cualificaciones para el EEES, construido sobre los denominados “Descriptorios de Dublín” que contempla la existencia de tres ciclos, cada uno de ellos caracterizado mediante descriptorios genéricos basados en resultados de aprendizaje. En otras palabras, el Marco de Cualificaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior define los resultados del aprendizaje genéricos para los diferentes niveles, es decir, identifica el horizonte de una determinada enseñanza como nivel de primer, segundo o tercer ciclo. En España, mediante el Real Decreto 1027/2011 de 15 de julio, se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior (MECES), con la finalidad de ofrecer a la sociedad el nivel de formación adquirido por los poseedores de títulos y hacer que dicho marco español sea comparable con su equivalente europeo, en favor de la movilidad y del mercado laboral nacional e internacional. El MECES contempla cuatro niveles que incluyen todas las enseñanzas o títulos de la educación superior¹⁵⁴ técnico superior, grado, máster y doctor. (ANECA, 2013: 41-42).

En cuanto a los resultados de aprendizaje, en España se ha indicado su difuminación con el concepto de competencia, tanto en la legislación como en el ámbito universitario. Por ello en el momento de renovación de acreditación de titulaciones universitarias ANECA (2013), publica una guía no vinculante que pueda facilitar la mejor adecuación de dichos conceptos. En ella se destaca, no solo la importancia de redactado y contenidos, sino la relevancia de que dichos resultados estén en consonancia con el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) y en su caso otras disposiciones europeas (ANECA 2013: 12-13). Así, se apunta que la formación basada en competencias requiere definir, previo al inicio del proceso de aprendizaje, los resultados que se pretende que alcance el alumno y posteriormente, orientar la enseñanza-aprendizaje en ese sentido. De este modo, se ha indicado que constituyen un criterio excelente para valorar los resultados del proceso. Según Barnett (1994), Edward y Knight (1995), en contraste con otros niveles educativos con procedimientos más mecánicos (como por ejemplo, la formación profesional), en la educación superior las soluciones son muy flexibles y ajustadas a circunstancias cambiantes debido a que se dirigen a profesiones más complejas. Así, si las competencias se aplican de forma excesivamente concreta podrían limitar el alcance de la formación. En conjunto, la idea es comprender que a lo largo de un programa de estudios la formación alcanza actitudes y hábitos mentales que promueven la creatividad, la flexibilidad y el aprendizaje a lo largo de la vida y no solo el aprendizaje de un rol determinado.

Derivado de estos planteamientos, emergen dos formas de definición. Por un lado, la competencia define en términos amplios tareas profesionales significativas, donde la actuación competencial permite aplicar y contrastar una determinada actuación (así como recabar la

¹⁵³ Comunicado de la Conferencia de Ministros responsables de la Educación Superior, mantenida en Berlín el 19 de septiembre de 2003.

¹⁵⁴ Las Enseñanzas Universitarias, las Enseñanzas Artísticas Superiores, la Formación Profesional de Grado Superior, las Enseñanzas Profesionales de Artes Plásticas y Diseño y las Enseñanzas Deportivas Superiores.

necesaria retroalimentación tras la debida reflexión), y por otro lado, los resultados de aprendizaje entendidos como el fin último en la educación (logros) expresados como respuestas atomizadas y observables en situaciones concretas. En este contexto, el principal reto propuesto para la universidad se indica que es “formar estudiantes para que sean buenos profesionales y ciudadanos en un futuro incierto y ayuden también a crearlo. Para ello, precisan haber hecho frente a situaciones y problemas abiertos durante su formación que les obliguen a tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, como es previsible que suceda en su vida profesional. Todo ello requiere un ambiente tolerante que permita la experimentación y el error y favorezca el aprendizaje de calidad” que según Bowden y Marton (1998) reúne características como las expresadas en la Tabla 9.10 (ANECA 2013: 7-8).

En conjunto, los resultados de aprendizaje son considerados una clave fundamental del EEES. Se ha publicado algún matiz que diferencia diversas versiones, en España el Artículo 2 del Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), define los resultados del aprendizaje como “aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer”. Por otro lado A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area, (2005: 29), establece los resultados de aprendizaje como aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer al final de un periodo de aprendizaje (por ejemplo, asignatura o curso) similar a la propuesta de Tuning Educational Structures in Europe, (2003: 255). La clave de los resultados de aprendizaje es que se orientan al mercado laboral, dado que informan a los empleadores sobre lo que los graduados son capaces de hacer, a la vez que informan a los docentes de los logros obtenidos por los estudiantes. Junto a esto se reconocen como un criterio externo de garantía de calidad y su empleo permite la comparación del aprendizaje y cualificaciones entre países en el ámbito internacional (ANECA 2013: 16).

Así, surgen las modalidades de resultados de aprendizaje de la *titulación versus de la asignatura*. Los resultados de aprendizaje de una titulación suponen lo que el estudiante será capaz de hacer como resultado integral de una determinada enseñanza. Los resultados de aprendizaje de una asignatura, materia o módulo indican lo que se espera que el estudiante haga al final de la correspondiente unidad académica. En cuanto a la *formulación, evaluación y revisión* de los resultados de aprendizaje, dado que una de sus características más importantes es que sean evaluables, es necesario evitar que los verbos empleados sean ambiguos. Las distintas propuestas coinciden en utilizar verbos de acción inequívocos y en considerar la jerarquía de Bloom (Bloom, Englehart, Furst, Hill y Krathwohl, 1956) como la herramienta básica para elegir el verbo de acción más adecuado (Kennedy, 2007) a la hora de identificar los resultados de aprendizaje, donde en los resultados de educación superior se combinan los planos cognitivo, subjetivo y psicomotor, según se muestran en la Tabla 9.11 (ANECA 2013: 25-26). Lo relevante es que sean definidos con claridad; que sean observables y evaluables; factibles y alcanzables; aseguradores de la relevancia e idoneidad en la asignatura y/o enseñanza y relacionados directamente con los resultados de aprendizaje de la enseñanza en términos globales, a la vez que deben corresponderse adecuadamente al nivel definido en el MECES, sin ser un fin en sí mismos.

Otra cuestión conceptual apuntada afecta a los resultados de aprendizaje en relación con el concepto de competencias. Adams (2004) señala que “la correlación entre resultados de aprendizaje y las competencias es un área compleja: tema más de debate y una confusión no menor” (ANECA 2013: 19-22). Estos términos en algunos países se han tratado como sinónimos. Sin embargo, el Marco Europeo de Cualificaciones (A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area) considera que las competencias son parte de los resultados de aprendizaje y éstos son producto final del proceso de enseñanza, de forma que el término competencia se emplea en un sentido amplio permitiendo la gradación de habilidades. Los resultados de aprendizaje quedarían definidos en términos de *conocimientos* (datos, teorías...), *destrezas* (habilidad para aplicar conocimientos y técnicas para resolver

Tabla 9-10

<p style="text-align: center;">Aprendizaje de calidad: características del entorno</p> <p style="text-align: center;">(Bowden y Marton, 1998)</p>
<ul style="list-style-type: none">- <i>Métodos diversificados</i> para la adquisición de aprendizaje (<i>incluidos conceptos, teorías, competencias, actitudes y valores</i>).- Aprendizaje y docencia contemplada como <i>proceso dialógico</i> entre profesor y estudiante y también entre estudiantes y entre estos y ciertas situaciones o materiales.- Incorporación de <i>distintas metodologías</i> dentro de un marco coherente. Ninguna estrategia docente es solución única.- Proponer actividades realistas y socialmente valoradas, <i>que el estudiante puede conocer</i>- Propuesta docente <i>basada en conocimientos previos de los estudiantes</i>- Planificación realista <i>ajustada al tiempo y recursos disponibles</i>
<p>Fuente: ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) 2013. Resultados de aprendizaje. Guía de Apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados de aprendizaje. Madrid. P. 8</p>

Elaboración propia.

Tabla 9-11

Relación entre resultados de aprendizaje, actividades de enseñanza y evaluación(*)		
Resultados de aprendizaje	Actividades formativas	Evaluación
Plano cognitivo Conocimiento Comprensión	Clases magistrales Lecturas (con comentarios, preguntas, discusión) Tutorías Discusiones Trabajo en grupo Presentaciones en grupo Seminarios	Exámenes escritos y orales Tests Evaluación de trabajos o ensayos Evaluaciones de presentaciones
Aplicación Análisis Síntesis	Trabajo de laboratorio Trabajo clínico Aprendizaje basado en problemas o proyectos Estudios de casos Tutorías	Evaluación de ejecuciones con criterios explícitos y públicos - de la práctica realizada - de las conclusiones o proyectos presentados - de la interacción durante el trabajo en grupo
Análisis Síntesis Evaluación	Elaboración de proyectos o informes técnicos Análisis de casos Análisis y crítica de textos, sentencias, informes ajenos Clases magistrales tras trabajos prácticos Tutorías sobre trabajos	Evaluación de ejecuciones con criterios explícitos y públicos: - de los proyectos - de los informes - del análisis de casos Preguntas sobre justificación de decisiones tomadas "porque has/ habéis decidido..."
Plano subjetivo Integración de convicciones, ideas y actitudes	Role playing Elaboración de informes y proyectos Estudio de casos Tutorías	Evaluación de ejecuciones con criterios explícitos y públicos - Role playing - Informes - Proyectos - Casos - Preguntas en tutorías
Plano psicomotor Adquisición de destrezas físicas	Ejercicios Repetición de la destreza en cuestión con variantes	Evaluación de la ejecución con criterios explícitos y públicos

ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) 2013. Resultados de aprendizaje. Guía de Apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados de aprendizaje. Madrid. P. 36
 (*) La retroalimentación detallada al estudiante se considera necesaria después de cada evaluación

Elaboración propia.

problemas) y *competencias* (demostrada capacidad para utilizar conocimientos, destrezas y habilidades personales, sociales y metodológicas en situaciones de trabajo o estudio y en el desarrollo profesional y personal).

En sentido distinto, en Tuning, los resultados de aprendizaje expresan el nivel de competencia adquirido por un estudiante. El Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales señala en su exposición de motivos que “los planes de estudios conducentes a la obtención de un título deberán tener en el centro de sus objetivos la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ampliando, sin excluir, el tradicional enfoque basado de contenidos y horas lectivas”. En su Anexo I se indica que para su verificación las universidades deben presentar “las competencias generales y específicas” que los estudiantes deben adquirir durante sus estudios y que sean exigibles para otorgar el título”. El concepto de resultados, aunque no de manera explícita, se menciona en la exposición de motivos “Se proponen los créditos europeos, ECTS, como unidad de medida que refleja los resultados de aprendizaje y volumen del trabajo realizado por el estudiante para alcanzar los objetivos establecidos en el plan de estudios” y en el punto 8 del Anexo I, la universidad debe presentar el “procedimiento general de la Universidad para valorar el progreso y los resultados del aprendizaje de los estudiantes”.

En el caso de títulos que habilitan para el ejercicio de una *actividad profesional* regulada [como es el caso de *Enfermería*], las órdenes ministeriales correspondientes hacen referencia a las competencias que los estudiantes deben adquirir, no mencionándose el término de resultados de aprendizaje en ninguna de ellas. Sin embargo, la definición de resultados de aprendizaje aparece de manera explícita en el Artículo 2 del Real Decreto/2011 de 15 de Julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) **como aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer** (ANECA 2013: 20-22).

En cuanto a la diferencia entre *objetivos y resultados de aprendizaje*, habitualmente se utilizan como sinónimos por lo que a veces se confunden y su diferencia no siempre está clara. En el plano teórico las diferencias principales son las siguientes: Los objetivos se relacionan con las intenciones, dirección y propósitos que hay detrás de una asignatura o programa por parte del profesor. En cambio, los resultados de aprendizaje están directamente relacionados con el estudiante y sus logros. Son evaluables y con frecuencia, observables (o sus consecuencias, como lo que el estudiante sabe hacer), a diferencia de los propósitos que son menos susceptibles de ser medidos. Pueden ilustrar este contraste los ejemplos de verbos siguientes: *Objetivos*: Conocer, Comprender, Determinar, Entender, Captar, Familiarizarse con. *Resultados de aprendizaje* serían distinguir entre: Elegir, Reunir, Modificar, Identificar, Resolver, Aplicar, Enumerar (ANECA, 2013:19).

Sobre la construcción de la competencia comunicativa en cuidados

Para facilitar la implantación e impartición de competencias en planes de estudios (o planes de estudios por competencias), Tuning desarrolló un modelo de diseño, que pudiera ofrecerse a nivel institucional. Las condiciones específicas de dicho diseño incluyen las etapas descritas en la Tabla 9.12 (Gilpin y Wagenaar et al, 2007: 1-20). Por su parte Tardif realiza otra propuesta para desarrollar un programa por competencias que también se toma en consideración y se incluye en la misma Tabla anterior (Tardif 2008: 2-16) y finalmente se integra en la misma Tabla una serie de definiciones propuestas por el MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (BOE, 2011 Núm. 185: 87914), al considerar que pueden ser de utilidad en el desarrollo competencial que se propone en este apartado. En base a las orientaciones de Tuning, conviene tener presente lo siguiente: La atribución terminológica de ciclos a nivel educativo implica la definición de niveles, para diferenciar las atribuciones y resultados de aprendizaje de cada uno de ellos. Con este fin pueden utilizarse indicadores, los

Tabla 9-12

Pasos para desarrollar una competencia	
Desarrollo de una competencia: Puesta en funcionamiento (*)	Desarrollar un programa de competencias: de la intención a la puesta en funcionamiento (**)
<p>1. Definición del perfil conducente al título</p> <p>2. Descripción de los objetivos del programa y de los resultados de aprendizaje (en términos de comprensión, habilidades y capacidades) que deberán cumplirse</p> <p>3. Identificación de las competencias transversales y específicas de cada área que debería alcanzarse en el programa</p> <p>4. Traducción al plan de estudios: contenido (temas que habrán de cubrirse) y estructura (módulos y créditos)</p> <p>5. Traducción a unidades y actividades educativas para alcanzar los resultados de aprendizaje definidos</p> <p>6. Definición de los enfoques de enseñanza y aprendizaje (tipos de métodos, técnicas y formatos) y de los métodos de evaluación (en caso necesario, desarrollando el material didáctico)</p> <p>7. Desarrollo de un sistema de evaluación concebido para incrementar de modo constante su calidad.</p>	<p>a) Determinación de las competencias</p> <p>b) Determinación del grado de desarrollo esperado al final de la formación</p> <p>c) Determinación de los recursos internos a movilizar</p> <p>d) Escalamiento de las competencias en el conjunto de la formación</p> <p>d) Determinación de la metodología didáctica</p> <p>e) Determinación de las modalidades de evolución</p> <p>g) Determinación de la organización del trabajo de docentes y estudiantes</p> <p>h) Establecimiento de modalidades de seguimiento de los aprendizajes</p>
Definiciones incluidas en el MECES (***)	
<p>a) Cualificación: "Cualquier título, diploma o certificado emitido por una institución educativa que acredita haber adquirido un conjunto de resultados del aprendizaje, después de haber superado satisfactoriamente un programa de formación en una institución legalmente reconocida en el ámbito de la educación superior".</p> <p>b) Resultados del aprendizaje. "Aquello que se espera que un estudiante conozca, comprenda o sea capaz de hacer".</p> <p>c) Nivel (en un Marco de Cualificaciones): "El referente definido en términos de descriptores genéricos para las clasificaciones de las diferentes cualificaciones de la educación superior, expresado en resultados del aprendizaje, a los que se puede adscribir mediante la oportuna comparación, una cualificación concreta".</p> <p>d) Descriptor: "Colección de resultados del aprendizaje que caracteriza un determinado nivel en un marco de cualificaciones"</p>	
<p>(*) Gilpin A y Wagenaar R et al (2007: 1-20). Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Socrates-Tempus. Obtenido de Internet 27.8.13 en http://www.unizar.es/eees/tesie.htm</p>	
<p>(**) Tardif, J (2008). Desarrollo de un programa de competencias: De la intención a su implementación (<i>Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en oeuvre</i>). Profesorado. Revista de curriculum y formación de Profesorado, 12, 3, p 2-16. (Tardif, J Facultad de Educación: Universidad de Sherbrooke de Québec (Canadá)</p>	
<p>(***) Definiciones incluidas en el MECES (Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (BOE, 2011 Núm 185: 87914).</p>	

Elaboración propia.

cuales reciben el nombre de descriptores de nivel. Los resultados de aprendizaje están determinados por la normativa europea, estatal y académica universitaria, donde se establecen los descriptores para los ciclos formativos y entre ellos para el nivel para el grado (Tabla 9.13), según se ha indicado en el apartado anterior. A su vez, el conjunto de normativas que afectan a la construcción competencial en una titulación de grado, programa de estudios y finalmente selección de aval documental en torno a una competencia, vienen expresados en la Tabla 9-14. En un nivel más próximo a la institución y estudios de referencia (Escuela de Enfermería de la UB y titulación enfermera), interesa también el contraste entre la competencia transversal y específica de comunicación, mediada por la correspondiente normativa estatal, según se plantea en la (Fig. 9.2).

Perspectiva de instrucción en comunicación

La teoría general de instrucción en comunicación ha avanzado en los últimos años y las investigaciones permiten perfilar dos líneas generales predominantes: la perspectiva relacional y la perspectiva retórica (McCrosKey, Valencic, Richmond, 2004: 197). La *perspectiva relacional* se sitúa a partir de significados compartidos por parte de profesores y estudiantes en el contexto de una relación interpersonal (Mottet y Beebe, 2006, citado por Schrodt, Witt, Turman, Myers, Barton, Jernberg, 2009: 352), deriva del modelo de comunicación transaccional¹⁵⁵ y se interpreta que estudiantes y profesor son fuentes y receptores de información, donde los significados y el aprendizaje son simultáneos. La *perspectiva retórica*, deriva de la teoría clásica y erudición contemporánea y se refiere a la influencia de una persona al grupo. Se interpreta que el profesor es la fuente primaria de información (junto con el material de instrucción, lecturas y otro material) y que los estudiantes son los receptores.

En cuanto a las *estrategias pedagógicas*, en el caso de la perspectiva relacional, a través de micro-prácticas se ponen en acción diálogos interiores y exteriores y son objeto de la indagación apropiada para cada caso. Se propicia una comprensión activa, donde no solo hay que captar lo que se enseña sino también lo que se dice y relacionarlo con el conjunto presente y futuro de intereses por lo que es relevante el papel de la escucha (Fried, Schnitman, 2001: 56-57). Según Andersen (1991, 1995), el equipo reflexivo implica cambios en el hablar y escuchar. Primero propicia la conversación "externa" y posteriormente la "interna", lo que favorece la ampliación o intensificación de perspectivas. Es un proceso generativo que favorece cambios no solo en la adquisición de conocimientos, sino también en el crecimiento personal, según se plasma a través de escritos, reflexiones y diálogos conjugados por ej. mediante el trabajo de campo o diario de aprendizaje con notas, cuaderno de bitácora (registro del proceso transformativo de aprendizaje) y otros proyectos personalizados en general, que a partir de un mapa o retos de aprendizaje, favorecen la auto-observación y el auto-conocimiento del alumno mediante el

¹⁵⁵ Modelo transaccional de la comunicación. El modelo de comunicación de Shannon y Weaver (1949) creó reacciones relacionadas con la falta de relevancia de la figura del receptor del mensaje. Por ej. Wilbur Schramm (1907-1987), cuestiona acerca del impacto del mensaje (si es deseado o no). También refiere que el hecho de compartir signos, símbolos y expresiones por quienes se comunican alude la interacción social, considerando aun la omisión de la comunicación intrapersonal (ej. los diarios de uno mismo). En 1960 David Berlo estableció diferencias entre: Fuente-mensaje-canal-receptor. En esta tesitura, Barnlund (1970) propuso un modelo transaccional de la comunicación. La premisa básica del modelo es la participación simultánea del envío y recepción de mensajes, de forma que emisor y receptor están vinculados recíprocamente (mediante feedback). Este se ha reconocido como el modelo constitutivo (por ej nombrado por Craig, 1999) o constructorista y se centra en cómo un individuo se comunica a partir de la forma en que el mensaje se interpreta, considerado este último aspecto un factor determinante del modelo. (Sfez, L. 2003. La comunicación. ¿Qué se? Presses Universitaires de France. Publicaciones Cruz O., S.A. 1992, México (1ª edición español).

Tabla 9-13

<p align="center">Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) Descriptores genéricos expresados en Resultados de Aprendizaje para los distintos niveles</p>		
Niveles	Definición de cualificaciones de nivel	Descriptores: Resultados de aprendizaje en comunicación
<p>Nivel 1</p> <p>Técnico Superior</p>	<p>Incluye las enseñanzas de formación profesional de grado superior, incluido el desempeño especializado que capacita para el ejercicio de varias profesiones (incluidas artes plásticas y diseño y enseñanzas deportivas).</p>	<p><i>"ser capaces de comunicar sus conocimientos, ideas habilidades y actividades en contextos profesionales a sus iguales, supervisores, clientes y personas bajo su responsabilidad"</i></p>
<p>Nivel 2</p> <p>Grado</p>	<p>Incluye cualificaciones que tienen como finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional.</p>	<p><i>"ser capaces de saber comunicar a todo tipo de audiencias (especializadas o no) de manera clara y precisa, conocimientos, metodologías, ideas, problemas y soluciones en el ámbito de su campo de estudio"</i></p>
<p>Nivel 3</p> <p>Master</p>	<p>Incluye cualificaciones que tienen como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializado o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación de tareas investigadoras.</p>	<p><i>"saber transmitir de un modo claro y sin ambigüedades a un público especializado o no, resultados procedentes de la investigación científica y tecnológica o del ámbito de la innovación mas avanzada, así como los fundamentos mas relevantes sobre los que se sustentan"</i></p>
<p>Nivel 4</p> <p>Doctor</p>	<p>Incluye aquellas cualificaciones que tienen como finalidad la formación avanzada del estudiante en técnicas de investigación.</p>	<p><i>"haber justificado que son capaces de participar en las discusiones científicas que se desarrollen a nivel internacional en su ámbito de conocimiento y de divulgar los resultados de su actividad investigadora a todo tipo de públicos"</i></p>
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de: a) Real Decreto 1027/2011, que establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) a través del Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm 185 de 3 de agosto de 2011: 87912-87918. pp (BOE, 2011 Núm 185: 87914-87916); b) Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2005). Un marco de cualificaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior. Grupo de Trabajo de Bolonia sobre Marcos de Cualificaciones, Febrero 2005.</p>		

TABLA 9-14 COMPETENCIA COMUNICATIVA ENFERMERA, UB. ASPECTOS NORMATIVOS Y REFERENTES TEÓRICOS SELECCIONADOS PARA SU LA CONSTRUCCIÓN					
NORMATIVA UNIVERSITARIA UNION EUROPEA Y ESPAÑA	NORMAS REGULADORAS PROFESION ENFERMERIA EN UE Y ESPAÑA (*)	NORMAS DE VERIFICACION, ACREDITACION DE TITULOS UNIVERSITARIOS Y OTRAS NORMAS UB	REFERENTES TEORICOS: COMPETENCIA ENFERMERA	ESTANDARIZACIONES INTERNACIONALES A CONSIDERAR PARA COMPETENCIAS ENFERMERAS	
EEES: Desde 1999 que se firmo la Declaración de Bolonia, construcción del proceso a partir de sucesivas Reuniones Ministros Europeos	Directiva 2005/36 sobre reconocimiento cualificaciones profesionales	ANECA: Libro Blanco Titulación Enfermera (2004) (Periodo de 6 años y nueva acreditación)	Paradigma educativo: Perspectiva sistémica y constructivista	OMS: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) Otras publicaciones...	
RD 1393/2007 (29 octubre) Ordenación enseñanzas universitarias oficiales: Grado, Postgrado (master), Doctor	Directivas 77/452/CEE y 77/453/CEE relativas a la profesión de enfermera responsable de cuidados generales	GENCAT, Consell Inter-universitari de Catalunya, (2007): Criteris per a elaborar la Programació universitària a Catalunya. Descriptors Dublín (Cualificaciones profesionales)	Salud. Marco teórico OMS: Perspectiva psicosocial	Consejo Internacional de Enfermería (CIE): Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista (2003); <i>ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist</i> (2009) Otras publicaciones...	
RD 861/2010 (2 de julio) para las titulaciones de Grado, Postgrado y Doctorado se relacionan con cualificaciones profesionales	Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Recoge normas vinculadas al ejercicio de la enfermería (Artículos 4,5,7,9)	UB (2008): Proyecto Grau UB 090909; Competències Transversals UB	Tuning I (2003): Referencia sobre Competencias Transversales	Proyecto Europeo Leonardo da Vinci: Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI Leonardo Da Vinci. Coordinación Lecomte, M.	
RD 1027/2011 (15 julio) se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES): Técnico superior, Grado, Master... Doctor	Real Decreto 1393/2007 (29 octubre) Ordenación enseñanzas universitarias oficiales:	(2009) Verificación Título Grado Enfermería	Tuning II (2006): Referencia sobre Competencias Transversales (Enfermería)	NANDA-International (2010). <i>North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)</i> . Edición española: Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011.	
	Resolución de 14 febrero 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudio conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería	(Curso 2009-2010). Perfil enfermera Escuela Enfermería UB. Inicio grado (Vigente en 2014)		Bulechek, Butcher, McCloskey Dochterman (2009). <i>Nursing Interventions Classification</i> (NIC). Ed. Española: Clasificación de Intervenciones de Enfermería.	
	ORDEN CIN/2134/2008 de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero	UB (2014). Proyecto Implementación Competencias Transversales (Proyecto PICUB)		Moorhead, Johnson, Maas, Swanson (2009). <i>Nursing Outcomes Classification (NOC)</i> . Edición española: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).	

(*) Fuente: Elaboración propia a partir de Proyecto de Verificación de la Titulación de Enfermería. Escuela de Enfermería. UB.

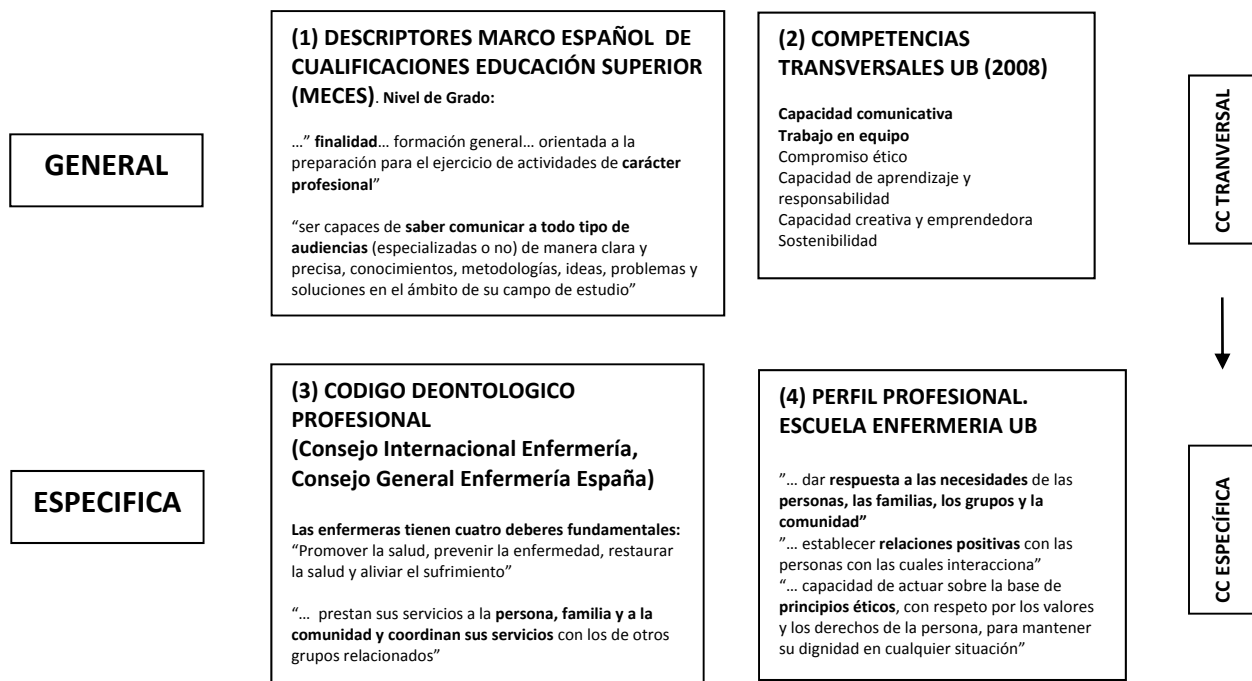


Fig. 9.2
Competencia comunicativa Grado de enfermería: Correspondencia entre Competencia transversal y Competencia específica de enfermería. Contrastes entre documentación oficial

Fuentes: elaboración propia a partir de:

(1) Real Decreto 1027/2011, que establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES) a través del Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm. 185 de 3 de agosto de 2011: 87912-87918.

(2) Universitat de Barcelona (2008). Competències transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerectorat de Política Docent, Universitat de Barcelona. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.

(3) Consejo General de Enfermería (CGE), (1988). Código Deontológico de la Enfermería Española. Recuperado de <http://www.enfermundi.com>

(3) Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2003). Marco de Competencias del CIE para la enfermera generalista. Serie: Normas y Competencias. International Council of Nurses, Ginebra (Suiza):Pág. 6-7.

(4) Universitat de Barcelona. (2009). Memoria para la verificación del Título de Grado Graduado o Graduada en Enfermería por la Universitat de Barcelona (Documento interno).

seguimiento de su desarrollo y alcance de objetivos (Fried, Schnitman, 2001: 58-59), donde es propicio el aprendizaje sobre resolución de conflictos en grupo (o aprendizaje de trabajo en equipo). El proceso de evaluación tiene como propósito informar del progreso de los alumnos en su conocimiento, ya sea como profesionales y como personas.

En conjunto es un proceso que facilita la curiosidad, la sorpresa, el asombro y en el que interaccionan conocimientos y emociones y en el que se adopta una postura de investigación-acción (Fried, Schnitman, 2001: 59-73). Un ejemplo de este enfoque es la cultura de una comunidad de aprendizaje (Learning Community Culture)¹⁵⁶. Así, la perspectiva relacional se considera un enfoque más propio de culturas humanísticas donde los objetivos y conceptos de atención son más bien generales que hechos específicos. Dicha perspectiva relacional es compatible con la epistemología del modelo constructivista, en el cual ha sido incluida la modalidad reflexiva y el aprendizaje dialógico¹⁵⁷ (Fried, Schnitman, 2001:54-55). En este modelo la comunicación se entiende como: “un proceso interactivo, generativo, co-evolutivo de acción e interpretación verbal y no verbal, mediante el cual las personas crean, mantienen, negocian y transforman sus realidades sociales” (Fried, Schnitman, 2001: 54). La atención se centra en el proceso de interacción en curso con relevancia en el significado y propósito, en el que se incluyen las relaciones interpersonales y el conocimiento se entiende como producto temporal y maleable de la comunicación, significado y acción dentro del contexto social. El profesor interactúa con el alumno de forma que propicia la comprensión de los conocimientos y del mismo estudiante como aprendiz y persona. Se valora la transformación de uno mismo, donde los que aprenden identifican sus propios intereses, evalúan opciones y toman decisiones fundadas (empoderamiento) y establecen conexiones entre lo que aprenden y saben de antemano. Se ha dicho que este proceso favorece “implantar la semilla de la futura creatividad”. El método, según se ha indicado, es el proceso dialógico y reflexivo de toda acción en su contexto (Fried, Schnitman, 2001: 54- 55), por lo que no es un proceso lineal, como en el caso del modelo retórico.

En el caso del modelo *retórico* es visto como un proceso lineal donde el profesor es el principal creador de mensajes seleccionados que estimulen, significados en las mentes (aprendizaje) de los estudiantes con la expectativa de que estos dominen el conocimiento representado en los objetivos. Este proceso es de amplia utilización en todo el mundo y tiene más probabilidad de ser empleado en disciplinas donde son señalados hechos y procesos específicos y en el se ha basado gran parte de la investigación sobre instrucción en comunicación (McCrosKey et al. 2004: 197-198), (Schrodt, et al. 2009: 352). En el modelo retórico de instrucción en comunicación se han identificado seis componentes esenciales que son: a) los profesores, b) los comportamientos de comunicación verbal y no verbal de los profesores según percepciones de los estudiantes, c) las percepciones de credibilidad de los profesores desde los alumnos y d) la tarea más o menos atractiva y su influencia sobre los resultados de los estudiantes. Cada uno de estos componentes introduce variabilidad sustancial en el proceso de comunicación. Los otros dos componentes son los estudiantes (temperamento, inteligencia, experiencia, etc.) y el ambiente de instrucción (naturaleza de la institución de la instrucción, características del aula, cultura de la institución (y la población circundante), que puede incluir además el nivel de instrucción (grado, postgrado, etc.), el clima físico y social en el que existe la institución, factores transitorios (de tipo político, presencia de programas de deporte, tamaño de clase) y mucho otros elementos no señalados que están más allá del control de profesores y estudiantes. La investigación actual ha aceptado como error la varianza de todos los elementos del entorno (McCrosKey et al. 2004: 197-198).

¹⁵⁶ La comunidad de aprendizaje es la estructura grupal o modalidad docente empleada para la instrucción en comunicación por la American Academy on Communication in Healthcare. (Chou, Hirschmann, Fortin VI, & Lichstein, 2014: 1051-1056)

¹⁵⁷ Los autores refieren la inspiración del modelo dialógico en la obra de Mijail Bajtin (Fried, Schnitman, 2001: 56)

Finalmente, hay autores que recuerdan tener presente que la perspectiva general de la enseñanza superior en la actualidad, supone dotar al titulado, junto a los conocimientos y destrezas propios de su o sus campos de estudio, de las habilidades transversales necesarias para desenvolverse correctamente en su tarea profesional: el manejo de idiomas, la aptitud para trabajar autónomamente y en equipo y potenciar la capacidad para comunicarse eficazmente (Corominas y Sacristán, 2010: 29). En el caso del presente estudio, al abordar una competencia comunicativa específica para la titulación enfermera, cabe contemplar la existencia y simultaneidad de la competencia transversal (dirigida a habilidades generales de este campo para la graduación de cualquier titulación en la Universidad de Barcelona) por lo que necesariamente el Grado de Enfermería (UB) deberá contemplar ambas particularidades.

...*"no hay una única mejor manera"*... (Ken Bain, 2007: 195).

Lo que hacen los mejores profesores de universidad.¹⁵⁸

Características del profesor instrucción en comunicación

En cuanto a las características del profesor/a instructor/a de comunicación, la enseñanza específica de la comunicación en las profesiones de salud ha generado, en general, pocas publicaciones en las décadas precedentes en países de habla hispana (Moore, Gómez, Kurtz (2012:359). No obstante en España, se cuenta con relevantes aportaciones en los últimos años, es el caso de expertos desde las ciencias de la salud como por ejemplo Clèries (2006, 2009), Sarrado, Cleries, Solà (2011) Ruiz Moral (2010-a), (2010-b), (2007), Borrell et al. (2001), Borrás, (2004), Morlans (1995), Lain Entralgo (1964), también desde la Bioética, Diego Gracia (2006) y Pablo Simón (2006), se han interesado por la relación profesional-paciente, entre otros autores. En enfermería, según se ha comentado en otros apartados del presente estudio, la comunicación se imparte especialmente a través de los contenidos del programa de Psicología General y Evolutiva, aunque la modalidad relacional se aborde en otras asignaturas y pueda ser difícil su separación (Grant y Jenkins, 2014: 1375-1381). El llamado proceso de Bolonia ha dado un renovado impulso a la vertiente comunicativa en salud. Sin embargo, se apunta que en países hispano parlantes, poco reflejo de esta formación se ha visto expresada en el currículo académico (Moore, Gómez, Kurtz, 2012:359).

En el ámbito anglosajón y en especial EEUU, con tradición previa en comunicación, la situación es diferente. Se ha documentado que en 1999 la Asociación Americana de Escuelas de Medicina publicó un informe especial, en el cual se hacía mención de que en los estudios de medicina, los estudiantes deberían recibir una evaluación formal de calidad en comunicación. En la actualidad, tal instrucción formal, es evaluada en programas de pregrado y postgrado, y es un requisito exigido para la acreditación de dichos centros (Moore, Gómez, Kurtz 2012:359). La publicación de referencia informa de la experiencia de la implementación de la comunicación en los estudios de pregrado de medicina en la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 1996 y en el año 2000 en la Universidad de Chile. Dadas las circunstancias del caso español, donde esta formación es normativa curricular en muchos estudios de grado y pregrado (especialmente en los de ciencias de la salud) y la experiencia previa reglada de formación en comunicación es diseminada en nuestro medio, se contempla el caso de esta experiencia como

¹⁵⁸ Ken Bain (2007). Lo que hacen los mejores profesores de universidad. Publicacions de la Universitat de València.

ejemplo. Cabe añadir, que si bien se trata del caso de los estudios de medicina, publicaciones sobre este tema en los estudios de enfermería, especialmente en países de habla hispana han sido difíciles de localizar. En las citadas universidades chilenas recibieron asesoramiento de un experto español en relación de ayuda (José Carlos Bermejo) y tras la implementación y adecuación progresiva de la comunicación en sus programas ofrecen contemplar particularidades como los enunciados contemplados en la Tabla 9.15, Tabla 9.16. Entre otros aspectos, los autores destacan la dificultad de encontrar docentes en esta área (comunicación en salud y clínica), sin embargo superadas algunas brechas, apuntan que el impacto de la docencia en comunicación en el currículo referido presenta en la actualidad unos resultados excelentes. (Moore, Gómez, Kurtz, 2012: 359-364).

En Estados Unidos la situación permite recoger experiencias acerca de características del docente y el estudiante de comunicación en general. En base al estudio de Schrodtt, et al. (2009: 350-371), se apunta, que en parte, la investigación temprana en este campo se centró en las diferencias individuales de los estudiantes (por ejemplo en niveles de aprehensión en comunicación según McCroskey, 1972, 1977; McCroskey y Daly, 1976). En los últimos años, buena parte de los estudios se han enfocado a los profesores y comportamientos relacionados con la enseñanza de la comunicación (Mottet, Richmond, Y McCroskey, 2006). La perspectiva retórica de la instrucción en comunicación y el interés por el discurso persuasivo ha sido revisado por autores como, Schrodtt, et al. (2009: 350-371) y apuntan que (por ejemplo, según Andersen & Clevenger, 1963; Applebaum y Anatol, 1973; Hovland, Janis, y Kelley, 1953), ha dado lugar a una línea fructífera de investigaciones que incide, especialmente, en profundizar en el comportamiento profesor-alumno y la credibilidad del profesor en el aula (según McCroskey, Teven, 1999 et al.) que puede favorecer el aprendizaje y resultados de rendimiento académico de los estudiantes, dado que los alumnos deben percibir a sus profesores como fuentes fidedignas y creíbles de información. El desarrollo de una línea posterior, propone una medida de credibilidad del instructor que incluye tres dimensiones: competencia, honradez y "buena voluntad" o el cuidado o atención percibida (es el caso por ejemplo de McCroskey y Teven, 1999; McCroskey & Young, 1981; Teven y Hanson, 2004 ; Teven y McCroskey, 1997). En base a esta concepción tridimensional, los investigadores han demostrado que los instructores que son argumentativos y no agresivos verbalmente (Edwards & Myers, 2007; Schrodtt, 2003), que se comunican de manera que generan conocimiento en las mentes de sus estudiantes (Schrodtt et al., 2006), que utilizan el humor apropiado (Houser, Cowan y West, 2007), gestionan mediante estrategias de prosocialidad a los comunicadores compulsivos (McPherson y Liang, 2007) y que muestran inmediatez (McCroskey et al., 2004; Teven, 2001 ; Thweatt y McCroskey, 1998) (autores citados por Schrodtt, et al. 2009: 350-371), son generalmente percibidos como más competentes y dignos de confianza en la atención o el cuidado en el aula.

Los estudiantes han informado de una mayor motivación para aprender (Frymier y Thompson, 1992; Tibbles et al, 2008), más afecto (McCroskey et al, 2004; Teven, 2001; Tibbles et al, 2008) y el aumento cognitivo de aprendizaje (McCroskey et al., 2004; Teven y McCroskey, 1997; Tibbles et al., 2008) cuando perciben a sus profesores como siendo creíbles. Los alumnos también han informado de: (a) sensación de ser mejor entendidos por sus instructores (Schrodtt, 2003; Schrodtt et al, 2006), (b) percepción de una mayor justicia en el aula (Chory, 2007), (c) más respeto hacia sus instructores (Martínez-Egger y Powers, 2007) y (d) que se comunican más dentro y fuera de la clase con sus profesores (Myers, 2004). Este cuerpo de estudios demuestra que la credibilidad del profesor de comunicación es un factor crítico en el proceso de aprendizaje en el sentido de a mayor credibilidad mayor aprendizaje. (autores citados por Schrodtt, et al. 2009: 350-371).

Desde enfermería, en Holanda, a través del análisis de programas de comunicación se han enfatizado también las características del rol del profesor o profesora de instrucción, indicando que las enfermeras refieren sus preferencias acerca de un profesorado cálido, amable,

Tabla 9-15

<p style="text-align: center;">Implementación de un programa de comunicación: algunos aspectos de la experiencia</p> <p>en estudios de medicina: Pontificia Universidad Católica de Chile y en la Universidad de Chile</p>
<ul style="list-style-type: none">○ La comunicación efectiva es una habilidad de aprendizaje mas que un rasgo de personalidad○ La sola experiencia no hace a un buen docente○ Se requiere enseñanza formal didáctico-experiencial○ A nivel curricular requiere una progresión de lo mas sencillo a lo mas complejo○ Importante la docencia en grupos pequeños y en una clima de confianza○ El trabajo con metodologías experienciales○ La evaluación con observación de entrevistas○ Docencia realizada con docentes capacitados
<p>Fuente: Moore, Gómez, Kurtz (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Atención Primaria 44(6): 358-359.</p>

Elaboración propia.

Tabla 9-16

Desarrollo de la docencia en comunicación. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile				
	1997	2000	2003	2006
Contenido	Diseñado para otra cultura	Diseñado para otra cultura	Diseñado en Chile	Diseñado en Chile
Énfasis del curso	Actitudes	Actitudes	Actitudes y habilidades	Autoconocimiento, habilidades comunicacionales e interpersonales
Sesiones en aula	1 semana intensiva	4 clases teóricas	Introducción: 2 h	Introducción: 2 h Observación de role-play y reflexión
Sesiones grupales	No hubo	6 sesiones semanales de 1,5 h	6 sesiones semanales de 2 h	3º año 8 sesiones/semana practica con PS; 6º año 12 h malas noticias 4º año 4 h, reflexión y practica con PS; 7º año 2 h reflexión con filmación con pacientes reales
Alumnos por docente	100 alumnos: 1 docente	10 alumnos: 2 docentes	10 alumnos: 2 docentes	3er año: 7-8 alumnos/docente; 4º año: 10 alumnos/2docentes
Metodología	Análisis teórico de diálogos	Experiencias con poca estructura	Grupos didáctico experienciales. Role-play entre alumnos	Estructurado. Autorreflexión, análisis de cine, role play con PS
Evaluación	Prueba con escasa ponderación	Se inicia ECOE/OSCE en 7º año. Internado de Medicina Familiar.	ECOE/OSCE en 3º, 4º, 6º, 7º	ECOE/OSCE en 3º, 4º, 6º, 7º
Docentes	ECM extranjero no-médico	ECM no clínicos	Duplas de ECM y docentes clínicos	3º año: docentes clínicos, 4º año co-docencia (ECM y docente clínico), 6º año psicólogos, 7 año médicos familiares
Formación de docentes	Énfasis: actitudes	Énfasis: comunicación medico-paciente	Énfasis: como enseñar comunicación	Énfasis: como enseñar comunicación y autorreflexión
ECM: Especialista comunicación PS: paciente simulado				
Fuente: Moore, Gómez, Kurtz (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Atención Primaria 44(6): 358-359.				

Elaboración propia.

entusiasta y con gran cantidad de conocimientos. Se añade que la simpatía recíproca, el apoyo, el respeto y la retroalimentación entre los participantes, también puede favorecer el éxito de la enseñanza-aprendizaje de la comunicación en el contexto de enfermería (Kruijver, et al. 2000: 129-145). También desde el ámbito de la prosocialidad, Goldstein (1988), a través de la aportación de González Portal (2000), propone la selección de entrenadores como uno de los puntos básicos para facilitar el éxito de un abordaje prosocial. Entre sus características destaca las siguientes: habilidad para la comunicación oral y la enseñanza, flexibilidad y recursos personales, entusiasmo, capacidad para trabajar bajo presión, sensibilidad social, saber escuchar, conocimiento del individuo en sus dimensiones social y evolutiva. En cuanto a las habilidades específicas plantea las siguientes: conocimiento del programa, habilidad para orientar a entrenadores e individuos objeto de entrenamiento, capacidad para plasmar y presentar ejemplos de la vida real, capacidad para iniciar y desarrollar un juego de rol, capacidad para presentar otro material concreto en su forma comportamental, capacidad para manejar problemas de grupo de forma eficaz, precisión y sensibilidad para aportar feedback concreto. (González Portal, 2000: 137-138). En conjunto se ha dicho que enseñar bien requiere la participación de toda la persona. Van Manen (1995:45-46) (citado por Knight, 2008: 269), habla de "las epistemologías de la practica [que]... no sitúan primordialmente el conocimiento práctico en el intelecto o la cabeza, sino en la situación existencial en la que se encuentre la persona". En otras palabras, el conocimiento práctico activo que anima la enseñanza es por algo que corresponde fenomenológicamente al ser total de la persona, así como al mundo social y físico el que la persona vive (Knight, 2008: 269).

Evaluación de la competencia comunicativa

La evaluación del aprendizaje es uno de los ámbitos que más ha evolucionado en la docencia universitaria de los últimos años y en ella recaen la cantidad y la calidad de los retos obtenidos por el aprendizaje de los estudiantes. Este aspecto es reconocido como uno de los elementos clave de la excelencia universitaria (AQU, 2003: 9). Entre los cambios otorgados al binomio enseñanza-aprendizaje, se ha pasado de colocar el centro de atención en la evaluación de la enseñanza a situarlo en la evaluación del aprendizaje a través de los resultados de aprendizaje. Según la Comisión on Higher Education (CHE), (1997) merece atención que a los contenidos académicos clásicos hay que añadir conocimientos de orden procedimental y actitudinal y también incluir un conjunto de habilidades, capacidades y valores de carácter transversal. Entre las funciones básicas de la evaluación están la perspectiva diagnóstica, la formativa y la sumativa. La *diagnóstica* aporta información sobre la aptitud y preparación del estudiante en relación con un programa específico de estudio. La *formativa* aporta información continuada respecto de la marcha del proceso de aprendizaje (y en su caso programa y acción docente) y permite retroalimentarlo ininterrumpidamente. La perspectiva *sumativa* aporta una visión global y finalista de la consecución de los aprendizajes, sobretodo de los objetivos fijados en el programa. Habitualmente es la nota que reciben los estudiantes y es el modelo más tradicional de evaluación. El problema de este tipo de evaluación es cuando es el único sistema que se emplea, ya que no facilita la indagación más profunda del proceso de enseñanza-aprendizaje. (AQU, 2003: 12).

Se ha apuntado que hay una relación muy estrecha entre el aprendizaje por competencias y la evaluación. Con el punto de vista en la evaluación, Miller (1990: 63-67) sitúa las competencias en una pirámide: las cuatro categorías ubican cada tipo de competencia en relación con el instrumento utilizado para su medida. La primera medida alcanza lo que se "*Sabe*", puede evaluar a través de pruebas conceptuales, pruebas de conocimientos o ejercicios. La segunda categoría hace referencia al "*Sabe cómo*" se ha de aplicar, y se puede valorar a partir de la resolución de problemas, de pruebas de procedimientos o mapas conceptuales.

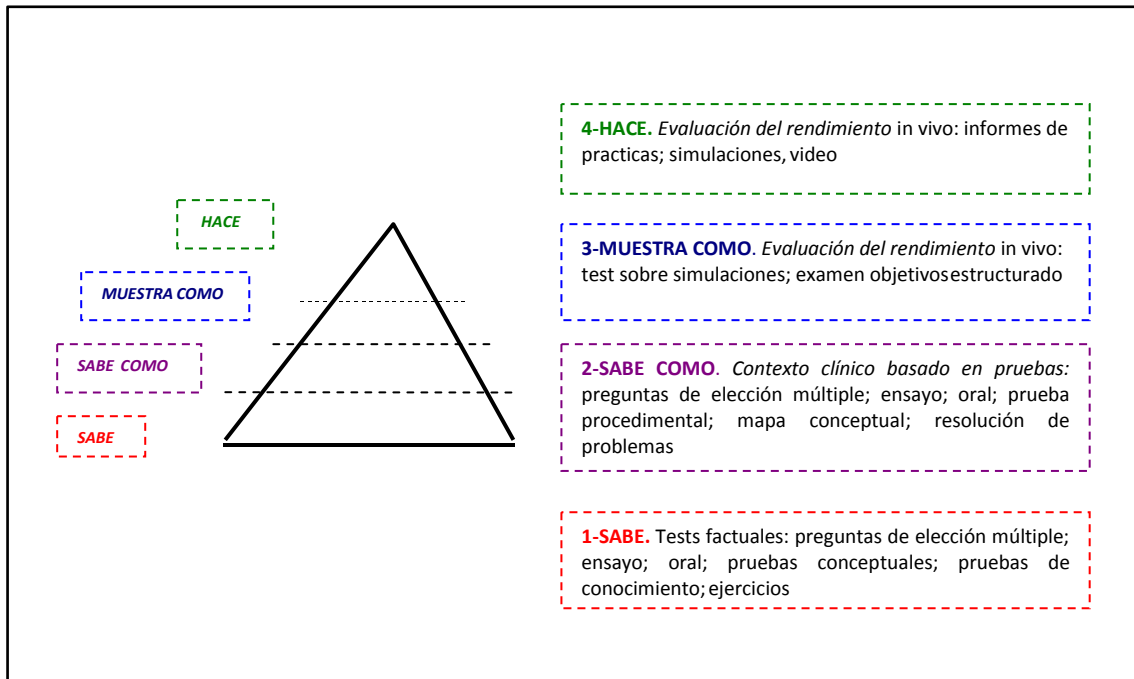


Figura 9.3 Niveles de competencia según el instrumento de evaluación (Miller, 1990)

Elaboración propia.

Estas dos categorías pueden medir la cognición y poco más. Las siguientes dos categorías pueden medir además de las anteriores, la conducta. La tercera comprende el “*Muestra cómo*” o situaciones similares de la realidad (rendimiento *in vivo*) que pueden ser evaluadas mediante test sobre simulaciones. La cuarta y última categoría “*Hace*” es la que se sitúa más cerca de la realidad y representa la forma más fiable de la evaluación de competencias (rendimiento *in vivo*) con informes de prácticas y simulaciones. La pirámide de Miller se esquematiza en la Figura 9.3. Desde la perspectiva anterior, las actuaciones “*Muestra cómo*” y “*Hace*” precisan de un seguimiento intensivo, de un intercambio crítico y constante de buenas prácticas, de mecanismos continuados de regulación y de autorregulación (Alsina P., 2010: 21-24).

Por otro lado, la evaluación actual se ha llamado alternativa (frente al modelo tradicional, generalmente sumativo), o mixta si integra las dos modalidades. Se basa en que sea diseñada a partir de ejecuciones que reflejen o simulen tan bien como sea posible la realidad (AQU, 2003: 14-17). El contexto universitario internacional orienta que los contenidos tendrían que tener en cuenta tres grandes tipologías de conocimientos: a) Los relacionados con el cuerpo de conocimientos académicos propios de la titulación, b) Los relacionados con las habilidades profesionales y técnicas, c) Los relacionados con un conjunto fundamental de habilidades generales, atributos y valores. Así, la modalidad de “*evaluación alternativa*” se orienta hacia: 1) La evaluación de la ejecución o cumplimiento, que requiere que el alumnado se implique, planifique, desarrolle, comunique y argumente las tareas; 2) La evaluación auténtica que requiere que las tareas evaluadas sean lo más reales posibles. Esta es una de las críticas que recaen sobre la evaluación alternativa, ya que exige más tiempo y dedicación que la evaluación tradicional (Alsina P., 2010: 21-24).

Acerca de los *referentes o estándares evaluativos*, se basan en algún tipo de comparación y para poder ejercerla se necesita el establecimiento de referentes previos. Algunos de tipos general pueden ser, entre otros, los siguientes: a) Razonamiento reflexivo y crítico, b) Habilidad de desarrollar estrategias orientadas a la resolución de problemas, c) Capacidad para el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar, d) Capacidad de liderazgo, de relación interpersonal y de trabajo en grupo, e) Capacidad para escribir y comunicarse oralmente de manera eficiente, f) Actitudes asociadas con los valores humanos y la emisión de juicios responsables, g) Capacidad para asumir responsabilidades, h) Capacidad de generación de conocimientos. La evaluación de los aprendizajes de los estudiantes no es únicamente una responsabilidad individual del profesor, lo es también del conjunto de profesorado y de la institución misma. La justificación de resultados afecta a todos (AQU, 2003: 26-37).

La siguiente definición de competencia de Perrenaud (2001: 9), planteada por Alsina (2010), da a entender los requerimientos de la actividad competencial y su evaluación en relación con la máxima cercanía a la realidad: *Para Perrenaud (2001: 9), la competencia puede ser definida como “la aptitud para enfrentar eficazmente una familia de situaciones análogas, movilizando a conciencia a la vez de manera rápida, pertinente y creativa, múltiples recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetencias, informaciones, valores, actitudes, esquemas de percepción de evaluación y razonamiento [...] la competencia se realiza en la acción, en el momento específico que es necesario [...] la competencia no puede preexistir, no hay más competencia que la competencia en acción” (Alsina P., 2010: 17)*

En un país con experiencia en formación en comunicación a nivel universitario como es el caso de Estados Unidos, el interés por la evaluación de la comunicación surge en los años 70, se inicia su formalización a través de normas estatales en los años 80 y presenta un interés creciente que persiste en el cambio de siglo (Spitzberg, B.H, 1995:50). Destacan dos tipos de enfoques: a) el dedicado a evaluar el aprendizaje de inglés adquirido (por ej. como segunda lengua) por parte de inmigrantes extranjeros (Álvarez de Espejo Búa, 2006: 16:19); b) el encauzado a la mejora de las habilidades lingüísticas y comunicativas de los estadounidenses en diferentes niveles de instrucción formal, entre ellos el nivel universitario. Por lo que respecta al ámbito académico y en especial al universitario, un estudio proporciona datos sobre la

evaluación en comunicación entre los años 1975 y 2009 en EEUU. El estudio concluye con un análisis de dichas tendencias y con recomendaciones acerca de las mejores prácticas de cómo llevar a cabo la evaluación de la comunicación oral desde la perspectiva de los autores (Morreale, Backlund, Hay, Moore, 2011: 255) ¹⁵⁹. Algunos resultados del estudio indican lo siguiente: Según Ewell (2009), la evaluación se ha institucionalizado en los campus americanos con amplia gama de estructuras (como organismos externos de acreditación, legislaturas, normativas estatales de educación, etc.) y es requerida como proceso de rendición de cuentas como muestra de que las facultades hacen bien su trabajo y no parece, ni debería desaparecer. La evolución de la disciplina de comunicación en la educación superior ha sido considerable en los últimos 35 años y sus antecedentes se remontan a las reformas curriculares de los años 80 en base a informes educativos desfavorables procedentes de los años 60. En esencia, según Hay (1989, 1992) y por lo que respecta al ámbito universitario, se consideró que los estudiantes carecían de las habilidades necesarias para obtener el éxito en el lugar de trabajo. Más de 20 informes nacionales se publicaron sobre la evaluación de competencias a través de diversas asociaciones y agencias entre 1983 y 1989. A fines del siglo XX el interés por la evaluación fue en aumento y hay documentos políticos y estatales (*por ej Goals 2000: Educate America Act*), que según Lieb, (1994:1), apuntan que: “La proporción de graduados universitarios que demuestren una habilidad avanzada para pensar críticamente, comunicarse efectivamente y resolver problemas se incrementara sustancialmente”, cuestión que proporciona algún fundamento para el interés y persistencia de la evaluación en comunicación.

El grupo de trabajo desarrollado en la National Communication Association (NCA), Communication Assessment Division (CAD), con antecedentes desde 1978, según (Backlund y Morreale, 1994) ha recogido, analizado y difundido información acerca de las **pruebas de habilidades de comunicación de oral**. Este grupo se ocupa de actividades tales como la definición de habilidades de comunicación y competencias, resúmenes de publicación de programas de comunicación eficaces y la elaboración de directrices para revisiones de programas. Una parte importante de trabajo se ha centrado sobre dos áreas: los programas de comunicación y los resultados de aprendizaje de los estudiantes. El trabajo en estas áreas se asocia cada vez más con los mandatos estatales y de acreditación. En cuanto al desarrollo de los resultados de aprendizaje estudiantil en la comunicación, comienza con la definición de competencia comunicativa y su relación con los resultados educativos deseados del programa de instrucción. Según Christ, (1994); Morreale, Brooks, Berko, & Cooke, (1994); varias publicaciones (incluyendo las actas publicadas en la conferencia nacional de evaluación de la NCA en 1993), discuten varios enfoques para examinar la competencia de comunicación. Al respecto de su evaluación, se considera una situación similar al proceso de lectura y escritura. Se considera importante evaluar los conocimientos de los estudiantes *sobre cómo deben comunicarse*, aunque tanto o más importante resulta evaluar su **rendimiento comunicativo en situaciones reales**. Así, la *capacidad* de comunicación se ha evaluado con *medidas de rendimiento* mientras que el *conocimiento* de comunicación se ha evaluado con herramientas más tradicionales como *ensayos, papel y lápiz*.

Por otro lado, debido a la naturaleza interactiva de la comunicación, la evaluación del rendimiento de la comunicación se encuentra con otros retos. La idoneidad y eficacia de la educación de la comunicación se basan generalmente en la situación y en las percepciones del espectador o la impresión que causa el comunicador al espectador. Como resultados puede haber más de una forma de realizar la prueba y más de una respuesta correcta. Además, la

¹⁵⁹ Sherwyn Morreale (Ph.D., University of Denver, 1989) es Associate Professor y Director of Graduate Studies en el Communication Department, University of Colorado at Colorado Springs. Philip Backlund (Ph.D., University of Denver, 1977) es profesor de Communication Studies en la Central Washington University. Ellen Hay (Ph.D., Iowa State University, 1982) es profesor y chair en el Department of Communication Studies at Augustana College, Rock Island, IL. Michael Moore (Ph.D., University of Missouri, 1973) es profesor emerito de Communication en Morehead State University.

evaluación de un comunicador depende de criterios que a menudo están vinculados culturalmente, con lo que la evaluación se hace más difícil que en otras áreas académicas. En la disciplina de comunicación también aparece la incertidumbre de no saber si los programas han funcionado. Por tanto, el resultado de la evaluación solo puede ser predictivo de un cierto potencial o propensión a comunicarse de manera competente en el futuro. La determinación de la competencia en comunicación se verá afectada por numerosos factores que inciden sobre cualquier interacción en un momento dado. La determinación de si un estudiante ha alcanzado un determinado nivel de competencia perdurable, requiere observación del desempeño del estudiante en una multitud de situaciones diversas (Morreale et al. 2011: 259).

En la actualidad, la Association of American Colleges and Universities ofrece un programa Liberal Education for America's Promise (LEAP) como vehículo principal para el avance y la mejora de la educación liberal del pregrado para todos los estudiantes, en el que destaca la competencia comunicativa y su evaluación. Se considera que el resultado de tal aprendizaje es esencial para las habilidades intelectuales y prácticas e incluye la comunicación oral y escrita, la alfabetización informacional, así como el trabajo en equipo y resolución de problemas. El resultado de aprendizaje para la responsabilidad personal y social incluye el conocimiento y la competencia intercultural según Morreale y Backlund, (2007). Por otro lado, la NCA aporta una serie de recomendaciones¹⁶⁰ que incluyen sugerencias a considerar para el desarrollo de la evaluación de la comunicación oral. Se trata de métodos y técnicas recomendadas, relacionadas con el desarrollo de programas de comunicación procedentes de instituciones académicas. Entre otros, incluyen aspectos como los siguientes:

- 1) La evaluación de la comunicación oral en la competencia comunicativa debe verse como una estructura donde interactúan varias dimensiones. Como mínimo las evaluaciones de comunicación oral deberían incluir: a) **una evaluación del conocimiento** (demostrar entender el proceso de comunicación, la comprensión de los elementos, reglas y dinámicas de un evento de comunicación, la conciencia de lo que es apropiado en una situación de comunicación), b) **una evaluación de habilidades** (la posesión de un repertorio de habilidades y el desempeño real de las habilidades), c) **una evaluación de la actitud del individuo hacia la comunicación** (por ejemplo, valor que se da en la comunicación oral a la aprensión, reticencia, voluntad de comunicarse, y disposición a comunicarse).
- 2) Debido a que la comunicación oral es un proceso interactivo y social, la evaluación debe contar con un asesor capacitado, así como las impresiones de otras personas involucradas en el acto de la comunicación (audiencia, entrevistador, otros miembros expertos del grupo..) y también puede incluir un autoinforme del individuo que está siendo evaluado.
- 3) La evaluación de la comunicación oral debe distinguir claramente hablar y escuchar de la lectura y la escritura, aunque una parte importante de la evaluación de la comunicación oral debe requerir hablar y escuchar.
- 4) La evaluación de la comunicación oral debe ser sensible a efectos de discapacidad física y psicológica en la evaluación de la competencia (por ejemplo, con la ayuda adecuada en la recepción de la señal, un discapacitado auditivo puede ser un oyente empático competente).
- 5) La evaluación de la comunicación oral en parte se debe basar en datos focalizados y analíticos recogidos con un *enfoque hacia la impresión holística* (Spitzberg & Adams III, 1995: 51-52).

¹⁶⁰ Spitzberg, B.H. (with assistance Adams III, T.W.) (1995). The conversational skills Rating Scale (CSRS). An Instructional Assessment of Interpersonal Competence. School of Communication San Diego State University. NCA. Diagnostic Series (pp. 50-53).

Dos estudios de autores vinculados con la National Communication Association (NCA), se ocupan específicamente de analizar la centralidad de la comunicación en el siglo XXI, uno publicado en el año 2000¹⁶¹ y otro en el año 2008¹⁶². Se concluye que es el momento adecuado para que ésta disciplina se muestre plenamente comprometida una vez más en la evaluación de la comunicación. Dicho compromiso, debería caracterizarse por el rigor y el énfasis en resultados válidos y fiables del proceso de evaluación, así como la construcción de programas de evaluación de comunicación como actividad verdaderamente constructiva, en lugar de otras perspectivas de administradores y legisladores y colaborar para evaluar programas y a estudiantes de manera más efectiva (Morreale, et al. 2011: 255-278).

Finalmente se recogen unas palabras de Hymes (1995) que guardan relación con la evaluación y los evaluadores y en conjunto con los textos precedentes. El autor refiere: "Si no se quiere reducir el análisis a una mera explicación de un corpus o caer en la subjetividad, se han de utilizar las respuestas y juicios de valores de los miembros de la comunidad cuya lengua se está utilizando. En concreto y puesto que toda respuesta se realiza dentro de un contexto, se ha de obtener control acerca de la dependencia de los juicios de valor y las capacidades sobre el contexto" (Hymes, 1995: 33). Por otro lado, si se quiere desarrollar una teoría adecuada de los usuarios de una lengua y del uso de la lengua, parece que los juicios que se han de reconocer son de cuatro tipos diferentes: 1) Si (y en qué grado) algo resulta formalmente posible, 2) Si (y en qué grado) algo es factible en virtud de los medios de actuación disponibles, 3) Si (y en qué grado) algo resulta apropiado (adecuado, afortunado, exitoso) en relación con el contexto en que se utiliza y evalúa. 4) Si (y en qué grado) algo se da en la realidad, se efectúa verdaderamente y lo que ello conlleva (Hymes, 1995:37). Resumiendo, se puede afirmar que el objetivo de una teoría de la competencia comunicativa amplia, es el mostrar las formas en que lo sistemáticamente posible, lo factible y lo apropiado están conectados para producir e interpretar el comportamiento cultural que ocurre en la realidad (Hymes, 1995:41), o comportamiento profesional en el caso del presente estudio.

9.3. Competencia comunicativa en el de Grado de Enfermería: formalización de una propuesta académica como innovación docente.

Las concepciones metodológicas actuales se pronuncian por una concepción integrada y holística donde se hace especial énfasis en el establecimiento de fuertes nexos entre la competencia, el individuo, la tarea y el contexto. Es decir que bajo esta concepción, desarrollar el uso competencial supone su dominio y aplicación mecánica e implica también interacción, mediación y gestión entre el conocimiento y la realidad física, social o cultural y actuar con efectividad y eficiencia no solo en la aplicación sino en la interpretación del contexto y de sus significados. En esta tesitura desde la Universidad de Barcelona se ha planteado que el proceso de desarrollo curricular sigue el siguiente itinerario: a) definición del perfil profesional que se quiere formar, b) identificación de su rol y funciones a desarrollar y competencias que lleva asociadas, c) análisis del contexto donde tendrán que aplicarse y generación de un conjunto de estrategias de aprendizaje y de evaluación que permitan su desarrollo. El estudiante se considera un sujeto activo, procesador de la información y que posee competencias cognitivas que han de desarrollarse partiendo del uso de nuevos aprendizajes y de habilidades estratégicas (Alsina, J. et al., 2010: 5-6).

¹⁶¹ Morreale, S.P., Osborn, M.M. & Pearson, J.C. (2000). Why communication is important: A rationale for the centrality of the study of communication. *Journal of the Association for Communication Administration*, 29: 1-25.

¹⁶² Morreale, Sherwyn P. & Pearson, Judy C. (2008). Why communication Education is Important: The centrality of the Discipline in the 21 st Century. *Communication Education*, Vol. 57, nº 2, April 2008, pp. 224-240.

En cuanto a los métodos de enseñanza aprendizaje, según Rocher (2007) los métodos docentes se refieren a la forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente. Tienen que ver con las convicciones sobre la enseñanza de cada profesor o grupo de profesores y también con las posibilidades de cada enseñanza y centro educativo (Rocher, 2007: 45-52). Para el desarrollo de competencias en educación superior, el autor propone actividades organizativas y métodos docentes como los indicados en la Tabla 9-11. En este contexto ser competente denota que el alumno practica y desarrolla diferentes capacidades y aptitudes con el objetivo de dar respuesta a una situación problemática determinada. La consecución de una competencia se evidencia en la exploración, el conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis y la evaluación de la gestión del proyecto que el estudiante trabaja individualmente o en grupo en una materia o asignatura determinada de la titulación.

Así al trabajar por competencias el alumno ha de entender el aprendizaje como un circuito multidireccional donde ha de tomar la iniciativa y estimular la capacidad crítica, ética, creativa y sensible en la gestión de su aprendizaje a todos los niveles para favorecer su formación integral. En esta situación el profesorado es guía o incitador de la curiosidad que acompaña al estudiante en ese trayecto (Boix, Burset, 2010: 14). El alumno acumulador de contenidos en la etapa anterior, deja paso al alumno que investiga los procesos para llegar a dichos contenidos y va adquiriendo grados de responsabilidad y autonomía, en este indagar y el diálogo es donde según Marina (2009) "aprende a pensar". Pensar es juzgar, abstraer, hacer inferencias... en un espacio de multiculturalidad y diversidad de formas de convivencia como el actual, donde cada individuo debe construir su propio modelo entre los múltiples existentes, lo cual conduce a cambios en las relaciones y los valores. En relación con estos cambios, los progresos tecnológicos está claro que tienen gran influencia en los jóvenes de hoy. El hipertexto, la descarga de música, los videojuegos, las redes sociales, la inmersión en la cultura visual y la información visual, según Vattimo (1996), han hecho que los nativos digitales piensen de otra manera y seguramente se ha producido un cambio en los "patrones de pensamiento" según recoge Prensky (2001), dentro del espacio social actual. Sin embargo, la cuestión en relación con este nuevo paradigma en el que hay que adentrarse, como ha comentado Scolari (2008), es que "nos encontramos con aulas del siglo XIX, profesores del siglo XX y alumnos del siglo XXI", lo que requiere la actualización de necesidades e intereses de los diferentes agentes implicados (Boix, Burset, 2010: 14-15).

Así, en base a la normativa competencial vigente para el Espacio Europeo de Educación superior, planteada con anterioridad y en particular al Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES); a la concerniente al ámbito de la salud para la relación asistencial con el paciente (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente), los resultados del estudio primario de este estudio, así como las evidencias aportadas a partir de la exploración documental realizada y la articulación previa que se formula en el presente capítulo, los objetivos sobre la formación competencial que se propone, podrían formularse en los siguientes términos:

Objetivos sobre la enseñanza-aprendizaje de la competencia comunicativa en el Grado de Enfermería.

Desde el punto de vista del profesor (a facilitar al estudiante), consistiría en los siguientes:

Objetivo 1: Proporcionar al estudiante la enseñanza-aprendizaje de elementos esenciales de la comunicación interpersonal para establecer relaciones profesionales contextualizadas con personas y grupos en el ámbito de la salud, así como favorecer en el estudiante la manifestación de sus conocimientos a grupos no especializados dentro del ámbito de su competencia. (Compatible y no exclusivo, con el apartado 1 de programa teórico: Comunicación interpersonal: complejidad y diversidad de enfoques teóricos).

Objetivo 2: Aportar al estudiante elementos de enseñanza-aprendizaje para desarrollar una relación cercana con el paciente (en el marco de la relación centrada en el paciente) en el ámbito de la salud. El propósito de este tipo de relación es facilitar al paciente un espacio interactivo cómodo y seguro, donde pueda expresar sus problemas de salud y su comprensión permita a la enfermera, explicarle sus posibilidades de ayuda desde su competencia profesional, o en su caso derivarle a otros profesionales, quedando supeditada la continuidad asistencial a la decisión del paciente o a la decisión que puedan tomar conjuntamente el paciente (o en su caso familia o allegados) y la enfermera. (Compatible y no exclusivo, con el apartado 2 de programa teórico: La comunicación interpersonal en los cuidados de salud. Atención Centrada en el Paciente).

Objetivo 3: Favorecer en el estudiante la enseñanza-aprendizaje de los integrantes de una relación de ayuda o relación terapéutica enfermera-paciente a partir de una relación centrada en el paciente en el ámbito de la salud. Dicha relación terapéutica es uno de los pilares del trabajo de enfermería y se construye mediante su marco circular de intervención (Valoración, Planificación, Implementación, Evaluación), que requiere el abordaje secuencial de los problemas de salud del paciente en colaboración con el paciente y el equipo asistencial sanitario. (Compatible y no exclusivo, con el apartado 3 de programa teórico: Estrategias de comunicación terapéutica enfermera-paciente).

Objetivo 4: Facilitar en el estudiante la gestión emocional en relación a los diversos contextos de salud y en especial con pacientes graves y sus familias, donde la comunicación y la ética juegan un papel fundamental (Compatible y no exclusivo, con el apartado 4 de programa teórico: Emociones propias y ajenas en enfermería: Situaciones específicas de salud)

Objetivo 5: Fomentar en el estudiante estrategias de enseñanza-aprendizaje acerca del rigor y desarrollo profesional que requiere el ejercicio de enfermería, en relación con una práctica de responsabilidad en la salud pública. Dichas estrategias (entre otras aportaciones propias de diversas áreas de estudio del grado de enfermería) requieren la evaluación reflexiva de la comunicación intrapersonal e interpersonal como proceso vital, especialmente como actitud interiorizada de autocuidado que permita corregir debilidades y aumentar las fortalezas personales y profesionales. Estos aspectos deberían conducir al desarrollo profesional mediante la planificación de la formación necesaria. En esta línea, también es preciso mantener la actualización competencial en aspectos de la vanguardia disciplinar y especialmente, aspectos legales que puedan incumbir en la rendición de cuentas que la sociedad requiere. Promover la enseñanza-aprendizaje de estrategias de colaboración eficaz en un equipo de trabajo asistencial en salud, mediante el desarrollo de relaciones interpersonales y profesionales saludables y productivas (Compatible y no exclusivo, con el apartado 5 del programa teórico: Autocuidado como responsabilidad profesional. Trabajo en equipo).

Objetivos desde el punto de vista del estudiante (alcance a perseguir):

1. Distinguir tradiciones teóricas de comunicación interpersonal y su complementariedad.
2. Comprender el marco de atención centrado en el paciente (ACP).
3. Desarrollar una comunicación terapéutica contextualizada en el marco de la ACP en cualquier ámbito asistencial en salud.
4. Brindar soporte emocional empático al paciente y familia ante cualquier demanda de cuidados en salud y en especial en situaciones graves.
5. Mostrar habilidades relacionales de trabajo en equipo mediante un comportamiento resolutivo.
6. Demostrar estrategias de autocuidado y autorregulación personal y profesional mediante encargos docentes con este fin.

Resultados de aprendizaje.

En base a los aspectos propuestos por la Guía de apoyo para la redacción, puesta en práctica y evaluación de los resultados del aprendizaje (ANECA, 2013), se plantea la integración de conocimientos, habilidades o destrezas y competencias. Podrían plantearse como sigue:

1. Establecer y aplicar una relación profesional enfermera-paciente (y en su caso familia) cercana y empática, acorde con los requerimientos de salud y posibilidades de comprensión del paciente (Conocimientos y habilidades de comunicación verbal y no verbal).
2. Adecuar la comunicación (Conocimientos y habilidades de comunicación verbal y no verbal) al contexto profesional de expertos y profanos en la disciplina enfermera (Discriminación y adecuación de conocimientos y habilidades de comunicación verbal y no verbal).
3. Elegir y expresar un comportamiento comunicativo ético acorde con los requerimientos del código deontológico de enfermería. (Actuar con sensibilidad empática y actitud y comportamiento prosocial).
4. Aplicar habilidades resolutivas en el trabajo en equipo (Habilidades de trabajo en equipo).
5. Mostrar actuaciones reflexivas en torno al rol de la comunicación en la dimensión humana del cuidar (Actitud crítica contextualizada y potenciación de valores y comportamiento ético).
6. Identificar y demostrar un discurso actualizado y procedente, acorde con el nivel educativo alcanzado. (Elegir y reunir información, documentación, síntesis y aplicar a través de la exposición ante un aula o auditorio).

Programa teórico.

La competencia comunicativa en enfermería está vinculada a los contenidos curriculares (materias y asignaturas) de la titulación y son difíciles de separar. Sin embargo la asignatura Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud (en primer curso, de carácter anual y con 9 créditos ECTS), proporciona las bases teóricas de la comunicación en la formación enfermera (1 tema de 2 horas aproximadamente y trabajo de la entrevista en seminarios y trabajo grupal de estudiantes), dentro del conjunto de los temas que aborda de Psicología General y Evolutiva según se ha explicado en otros apartados de la presente tesis. Así de forma sintética el programa teórico que se propone para trabajar la competencia comunicativa en enfermería, podría estar constituido por los cuatro grandes bloques esenciales siguientes:

- 1) Comunicación interpersonal: complejidad y diversidad de enfoques teóricos.
- 2) La comunicación interpersonal en los cuidados de salud (ACP).
- 3) Estrategias de comunicación terapéutica enfermera-paciente.
- 4) Emociones propias y ajenas en enfermería: Situaciones específicas de salud
- 5) Autocuidado como responsabilidad profesional. Trabajo en equipo.

Otros programas y actividades como ejemplo, en su caso.

La European Association for Communication in Healthcare (EACH), entre sus actividades, en 2014 divulga un curso de comunicación en salud en el Reino Unido para 16 plazas (dirigido por J. Silverman, S. Quilligan, M. Rosenbaum y M. Williams). El curso se basa en el trabajo a través de un grupo pequeño en el que se combinan estrategias pedagógicas como las siguientes: trabajo experiencial, enseñanza de habilidades y presentación de resultados de la indagación, juego de roles y análisis de grabaciones en video de registros de participantes. Además de la participación directa, se cuenta con la presencia de actores, para explorar el estudio de la comunicación a través de pacientes simulados. La idea es recoger también experiencias previas de los participantes, para conocer lo que les ha funcionado bien y lo que ha sido difícil para ellos y poder desentrañar la solución de tales problemas y buscar con el profesorado alternativas de solución. Como enfoque primordial de enseñanza va a emplearse el enfoque de Calgary-Cambridge (acerca de entrevista con el paciente). Entre sus objetivos cuentan: 1) Enseñar habilidades de entrevista en una gama de contextos sanitarios de medicina, enfermería y farmacia. 2) Aumentar la confianza y las habilidades de los docentes de la comunicación. 3) Proporcionar un foro para compartir experiencias y favorecer el avance de esta materia. 4) Explorar el “qué” de la enseñanza de la comunicación mediante la identificación de las habilidades que marcan la diferencia y ubicarlas en la globalidad. 5) Explorar el “como” mediante la identificación de principios que ayudan a los estudiantes a aprender habilidades de comunicación y a través de la retroalimentación de los participantes sobre la enseñanza-aprendizaje recibida. 6) Proporcionar evidencia teórica e investigación que valida el uso de las habilidades de comunicación individuales y examinar la forma de introducir datos de investigación y ejercicios didácticos en la discusión de la experiencia. 7) Considerar como estructurar un plan de estudios de comunicación en determinados contextos, incluyendo tanto la enseñanza de pregrado como la de postgrado.

Como formación adicional que se sugiere en esta propuesta competencial, en el caso concreto del trabajo en equipo, dado que se está desarrollando en la actualidad en la Escuela de Enfermería de la UB y simultáneamente se está trabajando con la validación de un instrumento formativo a través de un proyecto de innovación docente (Sabater, P. et al. codi 2014PID-UB/052), en curso hasta fines de 2016, se evita plantear el desarrollo del instrumento, previo a su validación definitiva. No obstante, derivado de la armonización de significados que se propone en el presente estudio (Capítulo 4, apartado 4.5.), la metodología para la implementación y el desarrollo de la competencia comunicativa específica para el Grado de Enfermería, podría contemplar la integración de: *conocimientos, destrezas y valores* en relación con actividades derivadas de orientaciones teóricas como las que se proponen a continuación.

Formación en prosocialidad.

La formación en prosocialidad toma sus bases del ámbito natural y se consideran preexistentes, ya sea desde el ámbito docente o desde el refuerzo psicosocial en personas sanas para revertir de nuevo en el ambiente natural a través de la mejora de las interacciones interpersonales y sociales en general (el caso de personas con problemas antisociales no es el ámbito de este estudio). Las técnicas orientadas son las siguientes: técnicas *de entrenamiento*. Basándose en (Kelly, 1987), González Portal, (2000: 112-113), propone como mecanismos básicos el aprendizaje natural de habilidades sociales, entre las que se encuentran las prosociales: a) reforzamiento positivo y directo de las habilidades personales (moldeamiento del desarrollo natural de habilidades sociales), b) experiencias de aprendizaje vicario u observacional (observación de cómo otra persona maneja la situación y posible identificación con el modelado), c) feedback interpersonal (en una situación de relación interpersonal una persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta), d) desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales (relacionadas con el posible éxito o fracaso que se atribuya a la situación; se requieren habilidades reforzadoras y que

el individuo haya experimentado que será capaz de desenvolverse de forma efectiva). El éxito experimentado previamente por la persona en el contexto de instrucción, parece incidir favorablemente tanto respecto a la conducta esperada en el contexto natural, como en la adquisición de estas competencias (González Portal, 2000: 114-115).

Programas de prosocialidad. Los programas enfocados a la intervención prosocial¹⁶³ (en este caso en un contexto docente) contemplan como objetivo general la mejora de la relación interpersonal inherente a la actuación prosocial. En cuanto a sus características, pueden ser multinivel o bien con un enfoque general (González Portal, 2000: 115). Las técnicas más empleadas han sido: el modelado, el refuerzo positivo, las instrucciones y juegos, el ensayo de conducta, el feedback de la conducta emitida, la participación en actividades de grupo (cooperativas). Las *conductas motivo de entrenamiento* han sido: donar, compartir, cooperar (González Portal, 2000: 106- 111). Dichas técnicas son de tipo directo (ej rol playing) o indirecto (ej filmaciones en video). Las sesiones se orientan con una duración de 45-90 minutos para cubrir una habilidad con una frecuencia de una o dos por semana para que medien varios días entre las sesiones de entrenamiento (González Portal, 2000: 138-139). *Evaluación de la intervención.* La mayoría de estudios han empleado cuestionarios y tests con resultados diversificados dependiendo de la situación. Goldstein y Keller (1991) informan de resultados de un mínimo de 60 investigaciones, de las cuales, en torno al 50% se trataba de casos diagnosticados previamente como crónicamente agresivos en jóvenes o adultos. Sus conclusiones fueron satisfactorias en cuanto al objetivo de entrenamiento en habilidades prosociales ya que más del 90% las adquirieron, con un grado de transferencia entre el 45-50% de los participantes. La mitad de estas ganancias aproximadamente fueron observadas en la sesión, indicando los autores que la tasa media de esta transferencia es superior a la detectada por otros tipos de estudios. (González Portal, 2000: 106-111).

Formación para potenciar la empatía.

En base a la aportación de Zaki (2014: 1633-1634). Para un modelo motivado de empatía, los intentos empíricamente apoyados, han llegado al menos de cuatro formas: *Ejercicios de toma de perspectiva* (según autores como: Ames, Jenkins, Banaji, y Mitchell, 2008; Batson, 1991, 2011; Coke & Batson, 1978; Davis, Conklin, Smith, y Luce, 1996; Stürmer, Snyder, y Omoto, 2005). Ellos han utilizado ejercicios de toma de perspectiva para aumentar la empatía de los observadores durante las sesiones experimentales. *Mentalización.* Ejemplos de expresiones faciales y emociones de destino. Intervenciones existentes a largo plazo según (Riess, Bailey, Dunn, y Phillips, 2012; Riess, Kelley, Bailey, Konowitz, y Gray, 2011) dirigidos hacia poblaciones especializadas como los médicos o también según (Golán y Baron-Cohen, 2006; Hadwin, Baron-Cohen, Howlin, y Hill, 1996) a las personas con autismo. En la formación se trata de centrarse explícitamente en la mentalización, para las asociaciones de los perceptores de enseñanza. Prácticas budistas de *meditación.* Una tercera estrategia que ha ganado renombre recientemente según (Klimecki et al, 2014; Leiberg, Klimecki, & Singer, 2011; Weng et al, 2013) adapta prácticas de meditación budista para aumentar la empatía subjetiva sobre la compasión, reducir el estrés la tensión nerviosa en general y favorecer la prosocialidad. *Inmersión en la narrativa.* A pesar de que aún no se ha utilizado en una intervención concertada, alguna evidencia (Kidd y Castaño, 2013; Mar & Oatley, 2008; Mar, Tackett, y Moore, 2010), sugiere que la inmersión en la narrativa, por ejemplo, a través de la lectura de ficción, puede mejorar la mentalización y la experiencia para favorecer intercambios interpersonales.

El autor destaca como estrategias más populares, los ejercicios de la toma de perspectiva y de mentalización, relacionados con modelos teóricos dominantes de la formación en empatía. Por ejemplo, la *toma de perspectiva* presumiblemente aumenta la riqueza con la que los observadores representan estados objetivos. De acuerdo con Preston de Waal (2002) la riqueza de este modelo debe aumentar la tendencia de los observadores de desplegar mecanismos automáticos de intercambio de experiencias. Del mismo modo, si la *mentalización* es una habilidad que las personas despliegan cada vez que son capaces de someterse a regímenes de entrenamiento simples, debería ser suficiente para impulsar este tipo de habilidades. En cuanto a

las *limitaciones críticas*, según Zaki (2014) poca evidencia apoya el uso de ejercicios de toma de perspectiva para producir el cambio en la empatía a largo plazo. También la toma de perspectiva puede ser menos útil cuando más se necesita, como en situaciones de conflicto y competencia. En tales casos, según (Tamir, 2013), los observadores no pueden desear tomar la perspectiva de otros que según (Bruneau y Saxe, 2012) empeoraría su situación en relación a miembros del exogrupo. Para (Epley, Caruso, y Bazerman, 2006; JR Pierce, Kilduff, Galinsky y Sivanathan, 2013) podría aumentar su disposición a participar en el comportamiento intergrupar inmoral. Por el contrario, la formación en mentalización, a menudo favorece efectos locales más que a largo plazo, como Howlin, y Hill, 1997) es decir, mejora habilidades específicas de reconocimiento de la emoción mas que afectar a la empatía de forma más general.

Intervenciones basadas en la Motivación. Los datos revisados sugieren un objetivo principal de los propósitos formativos: el aumento de la motivación de los observadores para participar empáticamente. Según autores como (Lewin, 1952; D. Miller & Prentice, 2013; Yeager y Walton, 2011) se caracterizan por enfoques psicológicos y sociales clásicos y modernos para aumentar el comportamiento ético, sano y adaptativo. Según (Cialdini, 2007; Goldstein, Cialdini, y Griskevicius, 2008), modulan la aproximación y evitación de motivos a través de técnicas de influencia social; para (Aronson, Frito, & Good, 2002; Stone et al, 1994) de inducción de la disonancia cognitiva y para (Cohen, García, Apfel, y Master, 2006; Cohen, García, Purdie-Vaughns, Apfel, y Brzustoski, 2009), afirmación de valores. Otros encauces para fortalecer la motivación empática podrían ser a través de puentes más indirectos: Por ejemplo, la información normativa podría aumentar la conveniencia social de la empatía y la reducción de la disonancia o la afirmación podría aumentar su valor personal. Al menos dos de estas técnicas ya han sido utilizadas en estudios de laboratorio a corto plazo. Como análisis precedente, según autores como (Fowler y Christakis, 2010; Tarrant et al., 2009); Nook, Ong, Morelli, Mitchell, y Zaki, 2014), las normas sociales de empatía positiva aumentan la voluntad de los individuos para empatizar con los miembros del exogrupo, y asimismo normas prosociales inducen a la generosidad personal (Fowler y Christakis, 2010; Tarrant et al., 2009); (Nook, Ong, Morelli, Mitchell, y Zaki, 2014). Del mismo modo, para (Cohen et al., 2007), la disposición de valores aumenta la afirmación de las personas a comprometerse con los objetivos con los que no están de acuerdo políticamente.

En cuanto a la *evasión de la empatía*, el fomento de actuaciones motivacionales también puede favorecer su reducción. Por ejemplo, ayudando a los observadores con baja empatía a regular algunas de las emociones que normalmente hacen poco atractiva la empatía. Esta estrategia ha sido recientemente adoptada en el ámbito de los conflictos entre grupos. Según (Halperin et al. Halperin y Gross, 2011; Halperin, Porat, Tamir, y Gross, 2013) encontraron que la reevaluación de las emociones relacionadas con el conflicto de observadores israelíes, favorecía la disposición a apoyar la ayuda humanitaria y el compromiso con los objetivos palestinos. Del mismo modo según (Tamir, 2009) la manera más general en la que se enmarca la empatía, es útil para el mantenimiento de los vínculos sociales y podría atenuar motivos de evitación empática en la gestión de los conflictos. También para reducir la evasión empática se puede cambiar las creencias de los empatizadores, por ej. acerca de la inmutabilidad de la automaticidad. Esto refleja el modo de pensar que autores como (Dweck, 2006; Dweck y Leggett, 1988) encuentran para inducir la evitación de los desafíos intelectuales y sociales. En sentido contrario se puede promover la creencia de que (a) la empatía es a menudo un reto, (b) las habilidades empáticas son más bien maleables, lo cual podría reducir la evasión de la empatía, sobre todo cuando es más difícil. En este sentido, Schumann et al. (2014), encontraron que la inducción de una teoría de la empatía maleable en observadores, aumentó la voluntad de tiempo de escucha acerca de la historia emocional de miembros del exogrupo y participar empáticamente, incluso cuando era doloroso (por ejemplo en grupo de apoyo de pacientes con cáncer).

¹⁶³ La autora se refiere a dos grandes líneas de programas: a) dirigidos a ayudas de tipo personal o institucional, b) orientados a la resolución de problemas desde el contexto de personas con problemas de agresividad u otro comportamiento antisocial.

Implicaciones para las intervenciones. Una pregunta central que rodea la empatía es si representa un *recurso psicológico agotable o renovable*. Datos sociológicos (Konrath, O'Brien, y Hsing, 2011) apoyan la idea de que la empatía en relación a periodos o ciclos históricos, podría ser ondulante. A partir del auto-reporte de los estudiantes universitarios en los últimos 40 años, los autores han documentado reducción en las puntuaciones de empatía. Pinker (2011) sugirió que las reducciones a gran escala en la violencia a lo largo de la historia se derivan de un aumento de la empatía, sobre todo hacia los demás socialmente distantes. Estos hallazgos orientan que la empatía es maleable a gran escala (autores del apartado citados por Zaki, 2014: 1633-1634).

En cuanto a la formación en *empatía en enfermería*, los autores de una revisión de publicaciones enfermeras sobre medición de empatía y su uso en programas de formación, informan que el uso de estrategias de aprendizaje experiencial, se informa en la mayoría de programas de estudios revisados. También está presente el juego de rol, trabajo de casos y aprendizaje basado en problemas. Se indica igualmente, la necesidad de conocer el tiempo necesario para esta formación (ver Tabla 9.17). (Brunero, Lamont, Coates, 2010: 65-74). Estos autores refieren que Kuyk & Olson (2001) en el análisis del concepto de empatía en enfermería detectaron cinco atribuciones; (I) como un rasgo humano, (II) un estado profesional, (III) un proceso de comunicación, (IV) un proceso de cuidar y (V) como una relación especial. En los planteamientos de Kuyk y de Olson (2001) el estado profesional empático se puede aprender dado que utiliza componentes cognitivos de comportamiento para expresar la comprensión al paciente. Los autores comentan que la tensión en este modelo conceptual se da entre la empatía como estado, frente a la empatía rasgo. En el mismo sentido, Morse & Pooler (2002) argumentan que la empatía como estado se puede aprender, aunque apuntan la necesidad de una cierta distancia terapéutica en favor de poder mantener la salud profesional ante los cuidados. Sin embargo, para Allgood & May (2000) la empatía se basa en una modalidad inherente a la capacidad personal, por lo que la empatía como rasgo puede ser difícil de modificar. Las autoras concluyen que ser empático tiene un lugar significativo en la relación terapéutica enfermera-paciente y los estudios revisados demuestran que es posible aumentar la capacidad empática de la enfermera tanto a nivel de pregrado y postgrado (Brunero, Lamont, Coates, 2010: 65-74).

Mindfulness o técnica de atención plena.

La meditación contemplativa se plantea como un método polivalente para ayudar en situaciones de estrés, como por ejemplo a quienes tienen miedo de hablar en público. Puede incluir estrategias como la modificación cognitiva, la desensibilización sistemática y la visualización. *Modificación cognitiva.* Según (Allen et al., 1989; Glaser, 1981), promueve la reflexión y el conocimiento, ayudando a los participantes a identificar el diálogo interno negativo y buscar el sustituto de cómo hacer frente a declaraciones internas, que pueden o no incluir el entrenamiento de relajación. *Desensibilización sistemática.* Con soporte en aportaciones como las de (Allen et al., 1989; McCroskey, 1972), los participantes aprenden a relajarse profundamente y en ese estado tratan de imaginar situaciones de comunicación con la ansiedad experimentada, situaciones que se organizan jerárquicamente de manera que cada nueva situación es ligeramente más aterradora y posteriormente y de forma seriada en cada sesión se analizan los efectos. *Visualización.* En base al soporte de fuentes como (Ayres y Hopf, 1989), la desensibilización sistemática, comienza con relajación y luego se desplaza a la visualización de una presentación exitosa, por ej. del discurso si se trata del miedo de hablar en público, hasta que el participante visualiza el éxito del fin de la presentación de su discurso con aplausos del público. Según (Miller, 1994; Riskin, 2002; Sarath, 2003) la integración de la práctica contemplativa en la educación, es cada vez más reconocida como una manera efectiva de ayudar a los estudiantes a pensar más profundamente, manejar el estrés con más ecuanimidad y aprender de manera más eficiente. Evidencias: Thomas (2011:116), aporta las siguientes: Informa, implementa y evalúa el uso de la práctica contemplativa (que incluye la

Tabla 9.17

<p align="center">Potenciación de la empatía en la formación enfermera: Estrategias educativas y argumentos de la experiencia</p>		
Autores	Estrategias educativas	Observaciones y orientaciones
Delpier (2006)	Escenarios con: Aprendizaje experiencial; Juegos de rol Casos con aprendizaje basado en problemas y simulación	Exposición de variabilidad de juicios clínicos
Edwards, Peterson and Davies (2006)	Aprendizaje experiencial-estudio de caso	Presenta informes de mejoras estadísticamente significativas
Krautschild, Kaakinen, & Rains-Warner (2008).	Casos clínicos con precisión de escenarios realistas	
Recomendaciones de experiencias previas		
Collier (1999)	Orienta sobre los beneficios de los juegos de rol. Indica que los educadores tienen que colocar a la enfermera en el rol del paciente y tener la oportunidad de reflexionar sobre el estado emocional de este en una situación bajo control.	
Ramsden (1992)	Sin el aspecto experiencial de aprendizaje, las habilidades pueden aprenderse superficialmente, aumentando el conocimiento y no facilitar el cambio de comportamiento.	
Reynolds & Scott (2000)	Los educadores deben vincular la reflexión del comportamiento empático con la reducción de las cargas de trabajo, incluyendo una evaluación más precisa y la reducción de hostilidad del paciente.	
Hojat et al., (2002).	Se argumenta que ser empático/a de una manera no procedente, puede dar lugar a excesiva participación profesional y alterar peyorativamente el estado anímico del paciente	
Halpern (2003).	Destaca la necesidad de mejorar la autoconciencia y la evaluación de los sistemas de valores personales del profesional	
Reynolds, Scott & Jessiman 1999 ; Stein-Parbury (2005).	Sugieren aumentar el conocimiento sobre los propios valores del profesional o estudiante progresivamente (entender un valor antes de pasar al siguiente). Distinguir cuándo y dónde utilizar la empatía es importante , evitando posible invasión personal.	
Stein-Parbury (2005)	Refiere que identificar con el paciente aspectos de este con precisión, conduce la relación de ayuda a un nivel más íntimo o profundo.	
Brunero y Stein-Parbury (2007)	Destacan el papel de la gestión de la propia respuesta emocional al tratarse de programas de educación. Refieren que procesos como la supervisión clínica, han demostrado eficacia en la reducción del estrés y el trabajo emocional de la enfermería	
Hamilton (2008)	El aprendizaje experiencial tiene que girar en torno a la labor del día a día de las enfermeras y reflejar las altas exigencias atribuidas a estas.	
<p>Fuente: Elaboración propia a partir de: Brunero, Lamont, Coates (2010) A review of empathy education in nursing. Nursing Inquiry 17(1): 65–74</p>		

meditación, la relajación y la visualización) como estrategia alternativa para abordar la ansiedad de hablar en público en un curso de comunicación y compara beneficios en el curso incluso más allá de este (Thomas 2011:116).

Reflexión crítica acerca de la comunicación en salud.

Para terminar, un destacado teórico e investigador de la comunicación en Estados Unidos, aporta una perspectiva crítica acerca de la comunicación en salud desde su interpretación del fenómeno comunicativo en dicho ámbito en su país. Refiere que actualmente los profesionales asistenciales en salud, aceptan como axioma que la buena comunicación incide o media los resultados de salud positivos. Sin embargo, apunta que hay poco consenso entre profesionales acerca de lo que es la buena comunicación y cómo se debe evaluar. También refiere como las diversas instituciones de salud parecen decididas a aportar su propia perspectiva o punto de vista en el desarrollo comunicativo, como si las otras disciplinas no hubieran lidiado con el tema durante los últimos milenios y no hubieran descubierto algunos principios operativos y conceptuales en esta trayectoria. El autor hace mención de su experiencia teórica acerca de la competencia comunicativa desarrollada en la disciplina de comunicación, dedicada a la comprensión científica de los procesos de comunicación personal y social, así como de la sociedad.

Spitzberg (2013) refiere y documenta errores comunicativos estudiados en el ámbito de la salud donde dicho error comunicativo es un lugar común en determinadas situaciones. La cuestión, refiere el autor, es que ciertos profesionales se creen competentes en comunicación y saben que en esos casos, la comunicación no ha funcionado como se pretendía. Indica también que hay muchos tipos de errores comunicativos en el ámbito médico y muchos fallos de comunicación para responder a este tipo de errores. Los pacientes tienden a informar que prefieren conocer los errores, incluso informan la probabilidad de volver al mismo médico. Refiere el autor, que las disculpas del habla son extraordinariamente complejas y frágiles y al parecer tampoco es fácil aceptar el error por parte de los profesionales. A través de estudios, el autor da a conocer situaciones típicas que ilustran la importancia de la competencia comunicativa en el ámbito de la salud. En particular alude el axioma del equipo de la escuela de Palo Alto refiriendo que *no se puede no comunicar*, dado que en todos los casos las personas interpretan y asignan significado al comunicador. Por ej., indica que una enfermera puede ser eficiente y un paciente interpretar su actuación como falta de empatía, preocupación o sociabilidad. Por otro lado, mediante un conjunto de corolarios, el autor argumenta como las relaciones son de vital importancia para la calidad y la cantidad de vida, relacionando la competencia y habilidades interpersonales con el bienestar, la evitación del estrés diario y la depresión. De aquí refiere, cuanto mayor es la competencia en comunicación, mayor será la calidad de vida.

En cuanto a los argumentos sobre la competencia comunicativa, refiere que esta es una inferencia, no una habilidad. Se puede aprender, aunque *si esas destrezas se realizan de manera competente, es siempre un juicio contextualizado*, además dado que la capacidad (rasgo potencial) de comunicación se evalúa subjetivamente *es un juicio de calidad*, mejor definido por sentencias de *adecuación y eficacia*. En resumen, por lo que concierne a este estudio, y en relación con el contexto de salud, una cuestión planteada por el autor es si las habilidades que se enseñan son las habilidades que los pacientes van a percibir como apropiadas y eficaces (Spitzberg 2013: 126-135).

Excelencia comunicativa

Al finalizar la presente investigación, es obligado plantear una reflexión acerca del concepto de excelencia comunicativa, al ser una expresión meditada y seleccionada en el título del estudio. Me baso en la destacada aportación de la Profesora Victoria Camps (2007) acerca de la excelencia en las profesiones sanitarias, contemplando en particular, el caso de Enfermería. Entre un conjunto de aportaciones y autores relevantes, su trabajo cita valores tradicionales como la benevolencia y el respeto y apunta el énfasis de un valor nuevo, el cuidado, que tiene que ver con la mayor visibilidad de la mujer en la sociedad y en las profesiones sanitarias. El cuidado, alega la autora, se complementa con el valor de la justicia y cobra especial relevancia en una época en que la curación del paciente no puede ser ya el único fin de la medicina. Cuidar fue desde que Florence Nightingale se propuso delimitar la labor de las enfermeras, es objetivo específico de la enfermería. Sigue siendo así, si bien fue la filósofa británica Carol Gilligan, la primera que hizo notar el valor del cuidado como valor ético, Camps (2007), que le añade calidad al mismo acto de cuidar.

También Max Weber (1864-1920), con su teoría de la profesión, equiparó este vocablo al de "vocación", a través del término Beruf, utilizado por Weber para hablar de las distintas actividades u ocupaciones humanas con la doble acepción de "llamamiento divino" y "profesión humana". Esta dualidad surge en Weber a partir del sentido vocacional de los quehaceres humanos para quedar reducidos a meras profesiones en lo que la burocracia y el afán de lucro, inhiben cualquier otra razón de ser. La vocación la llevó Weber a la política, en el sentido de que sea en la política u otro campo de interés, uno sepa autolimitarse cuando las circunstancias le impiden mantener en pie los principios éticos. Este tipo de reflexiones éticas se concretan en las virtudes de Benevolencia, Respeto, Cuidado, Sinceridad, Amabilidad, Justicia, Compasión, Integridad, Olvido de uno mismo, Prudencia. Estos valores son los que nutren la comunicación, apuntada por Goffman (1981), como un acto moral y la dimensión moral, para Camps, debería ir unida a la excelencia profesional. (Camps, 2007: 1-13).

X, XI, XII

CRITERIOS DE CALIDAD

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

LINEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

10. Criterios de calidad

La técnica de triangulación de instrumentos, empleada en la presente investigación es una de las técnicas atribuidas para evitar posibles sesgos y favorecer el control de calidad de la investigación. Se trata de comprobar las indagaciones realizadas a través de instrumentos, declaraciones de informantes, o documentos por varias fuentes. También se puede aplicar en la fase de operacionalización de la construcción de conceptos, haciendo pública su discusión como resultados de la misma.(Coller, 2005:56-57). En este estudio, se ha realizado triangulación de fuentes primarias: instrumentos (tres tipos de cuestionarios con búsqueda de información convergente o complementaria), junto con declaraciones de informantes (entrevista), añadiendo contraste con fuentes secundarias (documentación institucional y evidencias de publicaciones especializadas en el fenómeno de estudio) (Anexo 4).En la fase de operacionalización se hicieron públicos los conceptos relacionados con la construcción de categorías, a través de profesionales expertas en la materia. En cuanto a las consideraciones éticas. Toda la información recogida contó con la autorización verbal directa de parte de los informantes, a quienes se presentó una petición escrita. Las grabaciones y su reproducción han contado con el beneplácito de los autores o autoras. En ningún caso este trabajo transmite información personal de informante alguno. No se contempla ningún conflicto de intereses.

11. Limitaciones del estudio

Como estudio exploratorio de caso, este trabajo, informa acerca de un fenómeno de estudio específico en un centro determinado, por lo que sus resultados particulares, no son generalizables. Sin embargo, dado el carácter atribuido de ejemplar (por sus dimensiones, tradición y veteranía en la formación enfermera) al centro educativo de referencia del estudio, Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, y el sustrato legislativo común para los estudios de grado de enfermería en el territorio español, el fenómeno de estudio puede presentar rasgos comunes con problemática similar en otros centros del estado. Otra limitación puede ser la muestra que se pudo alcanzar en el estudio exploratorio, por causa de dispersión de estudiantes en periodo de exámenes y de vacaciones.Finalmente, otra limitación a considerar es que se ha obtenido un solo estudio que contara con la opinión de la perspectiva del paciente en torno a la comunicación enfermera-paciente (Ruiz Moral et al. 2011, Tabla 4.15), limitación apuntada por Fleischer et al.(2009) y por Shatell (2004) que en este caso,obtuvo dos estudios, cuyas referencias se integran en sus propias aportaciones en la presente investigación.

12. Líneas de investigación futura

Las líneas de investigación futura, a mi juicio, deberían ir en tres direcciones: 1) enfoque general teórico, 2) enfoque específico de elementos constitutivos de la comunicación, 3) enfoque integrador. Deseablemente, mediante estudios experimentales con grupo control, que revaloricen los resultados obtenidos cara a la mejor transferencia de la experiencia: 1) *Enfoque general teórico*. En este sentido, podría ser de utilidad experimentar en base a la propuesta realizada por Craig (2007, 1999), según se argumenta en este trabajo (empleo y contraste entre tradiciones comunicativas, que el mismo autor ejemplifica y establecer luego un modelo metateorético en base a su discriminación y reconstrucción de nuevos modelos). 2) *Enfoque específico de elementos constitutivos de la comunicación*. En base a profundizar de forma específica en elementos constitutivos de la comunicación, por ej. empatía, en un contexto o micro-contexto específico, por ej con la familia del paciente grave) y hacer un seguimiento en profundidad de factores intervinientes y su progresiva modificación, en base a solucionar posibles problemas que vayan apareciendo. Esta es la modalidad que a mi juicio, podría permitir avanzar en la investigación enfermera en comunicación. En esta misma línea estaría también la aplicación formativa de inteligencia emocional, a la expectativa de los avances en las neurociencias, que no impedirían tratar de mejorar la práctica en base a las experiencias que van emergiendo en nuestro país y a nivel internacional. 3) *El enfoque integrador de investigación*, evitaría el fraccionamiento que diluye el conocimiento, y ralentiza su progresión.

Por otro lado desde el ámbito académico y al considerar líneas de investigación en el área de la comunicación en el futuro, he podido experimentar la relevancia de la innovación docente desde el Grup d'Infermeria Orientat a Tècniques Educatives Innovadores (GIOTEI) en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, que tengo la oportunidad de coordinar desde el año 2010. Tres líneas de investigación desde ese ámbito en relación con la comunicación han sido: 1) La competencia trabajo en equipo. 2) El feedback profesor/a-estudiante. 3) Flipped Classroom o clase invertida y se concretan en los siguientes proyectos:

1010-11: Treball en equip. Competència transversal en el Grau d'Infermeria (codi 2010PID-UB/17).

Autores: Sabater Mateu, M^a Pilar, Lluch M^a Teresa, Sanchez Isabel, Olive Carmina, Pardo Andrea, Isla Pilar, Puig Montse, Rigol Assumpta, Honrubia Maria, Lopez Carmen, Rozas Rosa, Valls Roser.

1011-12: Treball en equip. Competència transversal en el Grau d'Infermeria: Instruments d'avaluació (codi 2011PID-UB/83).

Autores: Sabater Mateu, Sánchez Isabel, Lluch M^a Teresa, Puig Montse, Pardo Andrea, Olive Carmina.

2014-16: Treball en equip. Competència transversal i específica: Implementació en el Grau d'Infermeria (codi 2014PID-UB/052).

Autores: Sabater Mateu, M^a Pilar; Amparo del Pino Gutierrez; Elena Maestre González; Victoria Morin Fraile; Montserrat Busquets Surribas, Carmen Terre Rull, Jorge Juan Curto Garcia, David González Garcia.

1010-11: El feedback orientat vers l'estudiant: una clau de qualitat en l'avaluació continuada (codi 2010PID-UB/18).

Autores: Sabater Mateu, M^a Pilar; Pardo Andrea, Puig Montse, Olive Carmina, Lluch M^a Teresa, Sanchez Isabel, Isla Pilar, Rigol Assumpta, Rozas Rosa, Honrubia Maria, Lopez Carmen, Valls Roser. (Recibido premio a las mejores comunicaciones póster, en el Congreso Internacional de Docencia Universitaria, CIDUI de 2012).

1011-12: El feedback avançat, sinònim de qualitat: adequació a la demanda dels estudiants (codi 2010PID-UB/83).

Autores: Sabater Mateu, M^a Pilar; Lopez Carmen, Isla Pilar, Rozas Rosa, Honrubia Maria, Rigol Assumpta, Valls Roser.

2014-15: Classe Invertida (Flipped Classroom) experiència en el Grau d'Infermeria (codi 2014PID-UB-052). (Con otro estudio piloto previo en el curso anterior).

Autores: Sabater Mateu, M^a Pilar; Angela Rourera Roca; Carmina Olive Ferrer; Silvia Costa Abos; Jorge Juan Curto Garcia; David González Garcia.

En todas estas líneas, el componente comunicativo ha formado parte esencial del proyecto. En el caso de la competencia *Trabajo en Equipo*, tratándose de un constructo multidimensional, se percibe que la comunicación es el instrumento que posibilita su articulación. Es decir, se requiere del acuerdo comunicativo para esclarecer, planificar, consensuar, discriminar, etc. En cuanto al *Feedback Profesor/a-estudiante*, permite realizar un balance de la situación de conocimientos del estudiante, de forma que se favorezcan sus competencias de autoregulación y su avance en la materia, donde la comunicación es la base de la retroacción. Sobre la modalidad de *Clase Invertida o Flipped Classroom*, en nuestro caso, el estudiante trabaja en casa temas protocolizados y atribuidos previamente en el campus virtual por la profesora, para ser aportados y debatidos en clase en pequeños grupos, con tutelaje de la profesora. La comunicación vuelve a ser un factor determinante para la progresión en la materia. Así, desde la experiencia proporcionada por este tipo de proyectos se destaca su importancia para favorecer cambios y mejoras en la docencia en la dirección metodológica apuntada por el EEES. Simultáneamente permiten el avance en temáticas subyacentes como puede ser el caso de la competencia comunicativa y en su caso el trabajo en equipo. En el caso del Grado de Enfermería, el detractor principal es contar con clases de grupos grandes de 100 estudiantes. Ello apunta también la necesidad de progresar en el diseño de instrumentos que a través de las TICS y el campus virtual, permitan que el trabajo docente sea sistematizado al máximo para liberar tiempo para la retroacción profesor/a-estudiante en clase, o debatir entre estudiantes, etc. según se establezca. En suma, parece muy positivo favorecer el diseño y evaluación de proyectos, que permitan participar proactivamente en la formación de profesionales y ciudadanos para la sociedad deseable en el siglo XXI.

13. Bibliografía

- Acea, B. (2005). El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los pacientes. *Cirugía Española*, 77 (6): 321-326.
- Asociación de Directoras de Enfermería de Cataluña (ADEIC) (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 32(7-8), 36-44. (Ver Antonín et al., 2009).
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) (2013). *Informe sobre el estado de la evaluación externa de la calidad en las universidades españolas, 2012*. Madrid. Recuperado de <http://www.aneca.es/Sala-de-prensa/Noticias/2013/Estado-de-la-evaluacion-de-la-calidad-de-las-universidades-espanolas>
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación ANECA (2004). *Libro Blanco*. Título de Grado de Enfermería. Recuperado de http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2014). Verificació. Recuperado de <http://www.aqu.cat/universitats/verificacio/index.html#.U9IVyeN tA0>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2013). *Marc per a la verificació, el seguiment, la modificació i acreditació de titulacions oficials*. Recuperado de <http://www.aqu.cat/universitats/mvsma/marc.html#.U9JMK-N tA2>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2004). *Competencias profesionales básicas comunes de los licenciados en Medicina, formados en las universidades de Catalunya*. Grupo de trabajo del programa DISSENY de Medicina, UB, UAB, UdL y URV Documento elaborado por la comisión de trabajo formada por: Joan Prat (coordinador, UdL), Josep Carreras (UB), Luis Branda (UAB), Rodrigo Miralles (URV), Maria Rosa Fenoll (URV), Sebastián Rodríguez (AQU Catalunya), Josep Grifoll (AQU Catalunya). Recuperado de http://www.aqu.cat/doc/doc_56384030_1.pdf
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (2004). *Competències professionals bàsiques comunes dels llicenciats en Medicina formats a les universitats de Catalunya*. Barcelona: AQU. Recuperado de <http://www.aqucatalunya.org>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2002). *Marc general per al disseny, el seguiment i la revisió de plans d'estudis i programes*. Barcelona: AQU. Recuperado de <http://www.aqucatalunya.org>
- Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya (AQU) (2003). Proposta d'estàndards d'acreditació de les titulacions. Barcelona: AQU; Recuperado 12.4.12 de: <http://www.aqucatalunya.org>
- Aguerrondo, I. (2009). *Conocimiento complejo y competencias educativas*. UNESCO, Oficina Internacional de Educación. Ginebra (Suiza). Mayo 2008. ANECA (2014). VERIFICA, programas. Recuperado de <http://www.aneca.es/Programas/VERIFICA>
- Aiken, L. (2003). "Hacia la excelencia mediante la evidencia". En: Ciclo de conferencias bianuales sobre prioridades más urgentes. Ginebra (Suiza): Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado de <http://www.icn.ch/geneva/presentationsp.htm>
- Alberdi, R. M. (1988). La percepción del enfermar. *Revista Rol de Enfermería*, 113: 35-38.
- Alberdi, R.M. (1993). Las enfermeras para el tercer milenio. *Revista Rol de Enfermería*, 178: 43-50.

- Alsina, J. (coord.), (2010). *Avaluació per competències la universitat: les competències transversals*. Grup Institucional de Coordinació Interdisciplinària i Avaluació de Competències. Quaderns de Docència universitària numero 18. Universitat de Barcelona. ICE i Ediciones Octaedro. Universitat de Barcelona.
- Alvaro Estramiana, J.L. (2003). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Fundació de la Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona: Editorial UOC.
- Álvarez de Espejo, B. (2006). *Nota Sectorial: El español en Estados Unidos*. Delegación Cámara de Madrid, Feria de Madrid. IFEMA, Miami, US. Recuperado de <http://hobbylanguages.com/wp-content/uploads/2013/01/El-espan%CC%83ol-en-Estados-Unidos-06.pdf>
- Álvarez Vélez, M.I., Montalvo Jääskeläinen, F. (Coord.) (2010). *La familia ante la enfermedad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- American Association of Colleges of Nursing & National Organization of Nurse Practitioner Faculties (AACN), (NONPF) (2012). *National Task Force on Quality Nurse Practitioner Education. Criteria for evaluation of nurse practitioner programs*. National Organization of Nurse Practitioner Faculties. Recuperado de <http://www.aacn.nche.edu>, <http://www.nonpf.org>
- American Nursing Association (ANA) (2015). *Communication, Collaboration and You: Tools, Tips, and Techniques for Nursing Practice*. Nursesbooks.org
- Amezcuca, M. (2015). La integración de la Enfermería en la Universidad. Una historia inacabada. *Temperamentvm*, 22. Recuperado de <http://index-f.com/temperamentum/tn22/t2200.php>
- Amezcuca, M.; Reina Leal, L.M. (2012). Un conocimiento para la humanidad. *Revista Paraninfo Digital*, 16. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n16/preforoie.php>
- Amurrio, L.M. y Limonero, J.T. (2007). El concepto de duelo en estudiantes universitarios. *Medicina Paliativa*, 14 (1): 14-19.
- Antón, P. (1986). *La Reforma del Plan de Estudios*. VII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Valencia: 4-6 de diciembre de 1986. pp. 77-95.
- Arenas López, A., Castellano Arroyo, M., Miranda León, M.T. y Reche Molina, A. (2012). Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica. *Revista Española de Medicina Legal*, 38 (1): 11-6.
- Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodologías*. Barcelona: Labor
- Arranz, F. (2004) Las mujeres y la universidad española: estructuras de dominación y disposiciones feminizadas en el profesorado universitario. *Política y Sociedad*, 41 (2): 223-243.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2009). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos* (4ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Arredondo-González, C. P., Siles-González, J. (2009). Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index de Enfermería*, 18 (1): 32-36.
- Arribas Cachá A., Hernández Mellado, M., Blasco Fernández, T., Martín-Crespo Blanco, C. y García Alonso, A. (2014). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (I). *Nure Investigación*, 74.

- Arribas Cachá, A., Hernández Mellado, M., Blasco Fernández, T., Martín-Crespo Blanco, C. y García Alonso, A. (2014). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado (II). *Nure Investigación*, 75.
- Asensio, J.M. (2004). *Una educación para el diálogo*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Antonín, M., Ballester, D., Esteve, J., Aguilera, A., Pérez, I., Ortega, O., Zabalegui, A., (ADEIC) (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 32 (7-8): 36-44.
- Asociaciones de Pacientes (2003). *Declaración de Barcelona de las asociaciones de Pacientes* (pp. 1-20). Recuperado de <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070806132617.pdf>
- Ávila Olivares, J.A. (2014). ¿Qué les pasa a los médico?. Recuperado de <http://portalcecova.es/output/files/12%20de%20junio%20de%202014%20Diario%20Dicen.pdf>
- Azevedo, J. "Formación general y formación profesional en sociedades en transformación: la experiencia europea". En: XIX Semana Monográfica de la Educación. Madrid: Fundación Santillana, 2004. Recuperado de <http://www.fundacionsantillana.org/19/index.htm>
- Bach, S. (2000). Tendencias de las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de recursos humanos. En OPS/OMS (Eds.). (pp. 71-122). Quito (Ecuador): Observatorio de recursos humanos de salud. Recuperado de: http://onarhus.ministeriodesalud.go.cr/sites/observatorio_cr/files/documentos/ORHS_serie1_observatorio_RHS_OPS_CEPAL_OIT_mar2000.pdf
- Bachmann, C., Abramovitch H., Barbu, C. G., Cavaco, A. M., Dago Elorza, R., Haak, R., Rosenbaum, M. (2012). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Education and Counseling*, 93 (1): 18-26
- Badós, A. (2009). Miedo a hablar en público. Universitat de Barcelona. Recuperado de [OMADO \(Objectes i materials docents\). http://hdl.handle.net/2445/6323.](http://hdl.handle.net/2445/6323)
- Baert, P. (2001). *La teoría social en el siglo XX*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ballester Ferrando, D., Olivet Pujol, J., Bonmati Tomas, A., Bosch Farré, C., Raurell Torreda, M. (2011). La prueba de Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECO-E) como sistema evaluativo de la consecución de competencias en el Grado de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Ballester, R., Gil Juliá, B., Gil Llario, M.D. y Gómez Martínez, S. (2011). Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Medicina Paliativa*, 18 (2): 46-53.
- Ballester, LL. (1988). *Marco conceptual para el análisis de las necesidades sociales*. Escuela Universitaria de Trabajo Social, 1. Madrid: Ed. Universidad Complutense.
- Ballester, LL. (1999). *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos*. Madrid: Editorial Síntesis, SA.
- Banco Mundial (2005). Aprendizaje para toda la vida en la economía global del conocimiento. Reto para los países en desarrollo. Reporte traducido por Eduteka en marzo 2005. Recuperado de <http://www.eduteka.org/ediciones/imprimible-403.htm>
- Barañano Cid, M. (2002). *La globalización económica. Incidencia de las relaciones sociales y económicas*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

- Barra, E. (1987). El desarrollo moral. Una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19 (1): 7-18
- Bateson, G. y Ruesch J. (1984). *Comunicación. La matriz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós Ibérica, SA.
- Baumann, A. (2007). Entornos de práctica favorables: Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education (2001). Essential Elements of Communication Medical Encounter. The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76 (4): 390-393.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bayés, R. (2003). La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. *Humanitas, Humanidades médicas*, 1 (1): 67-74.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bayés, R. y Morera, M. (2000). El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. *Medicina Clínica*, 115, 141-144.
- Bayés, R., Llimonero, J. T., Romero, E. y Arranz, P. (2000). ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz?. *Medicina Clínica*, 115: 579-582.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4): 4-17.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P. y Comas, M.D. (1997). Una manera de detectar el sufrimiento en los cuidados paliativos. *Diario de Cuidados Paliativos*, 13: 22-26.
- Bazo, M.T., Domínguez-Alcón, C. (1996). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 76: 43-56.
- Beddoe, A.E. & Murphy S.O. (2004). Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students?. *Journal of Nursing Education*, 43 (7): 305-312.
- Beltrán, M. (1990). *La administración pública y los funcionarios*. En Giner, S. Director: *España, Sociedad y política*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beltrán, M. (1991). *La realidad social*. Madrid: Tecnos.
- Belli, S., Harre, R., Iñiguez, L. (2009). Emociones y discurso: una mirada a la narrativa científica de la construcción social del amor. Prisma social. *Revista de ciencias sociales*, junio (4): 1-45.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, J.M., Villaverde-Gutierrez, C. y Benbunan-Bentata, B.R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería. Una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Death Psychology*, 7 (1): 197-205.
- Bengochea Ibarrodo, M.B. (2001). Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica*, 11 (6): 239-288.
- Berganza, M.R. y Ruiz San Román (2005). *Investigar en comunicación. Guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en comunicación*. Madrid: McGraw-Hill.

- Berger, Ch. (2005). Interpersonal communication: Theoretical perspectives. Future prospects. *Journal of Communication*, 55 (3): 415-447.
- Berger, T. y Luckmann, P. (1983). La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bermejo, J.C. (2013). Cuidados Paliativos y humanización. *Medicina Paliativa*, 20 (1): 1-2.
- Bermejo, J.C. (2011). Empatía y Ecpatía. *Revista Humanizar*, 118, septiembre-octubre. Recuperado de: <http://www.humanizar.es/index.php?id=185&idRevista=11&tipo=Seccion2>
- Bernabeu-Mestre, J., Carrillo-García, C., Galiana-Sánchez, M.E., García-Paramio, P. y Trescastro-López, E.M. (2013). Género y profesión en la evolución histórica de la enfermería comunitaria en España. *Enfermería Clínica*, 23 (6): 284-289.
- Bernardini-Zambrini, D.A. (2012). La enfermería en España. Situación actual y posibles líneas estratégicas. *Enfermería Clínica*, 22 (5): 278-282.
- Besora Torradeflot, I., Del Olmo Macia, C., Gibert Llorach, E., Ondiviela Cariteu, A. y Solé Brichs, C. (2008). Diagnósticos enfermeros estandarizados: guía para la práctica clínica en Atención Primaria. *Metas de Enfermería*, 11 (3): 21-26.
- Berzosa, Carlos (9 de junio 2008). Sí a Bolonia, pero no así. El País. Recuperado de http://elpais.com/diario/2008/06/09/educacion/1212962402_850215.html
- Beuchot, M. (2004). *La semiótica. Teorías del signo y el lenguaje en la historia*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Bhana, V.M. (2014) Interpersonal skills development in Generation Y student nurses: A literature review. *Nurse Education Today*34: 1430–1434.
- Bie Nio Ong, Anne Rogers, Anne Kennedy, Peter Bower, Tom Sanders, Andrew Morden, Sudeh Cheraghi-Sohi, Jane C. Richardson and Fiona Stevenson (2014). Behaviour change and social blinkers? The role of sociology in trials of self-management behavior in chronic conditions. *Sociology of Health & Illnes*, 36 (2): 226-238.
- Bisquerra, R. (2012). *Metodología de la investigación educativa* (3ªed.). Madrid: La Muralla.
- Bisquerra, R. (Coordinador), Punset, E., Mora, F., García Navarro, E., López Cassià, E., Perez González J. C., Planells, O. (2011). ¿Como educar las emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia. Hospital Sant Joan de Deu. Esplugues de Llobregat (Barcelona). Recuperado de <http://faros.hsjdbcn.org/es/cuaderno-faro/como-educar-emociones-inteligencia-emocional-infancia-adolescencia>
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.
- Bisquerra, R. (2006). *Educación emocional y bienestar*. Madrid: Praxis. Grupo Wolters Kluwer.
- Blanca-Gutiérrez, J.J., Jiménez-Díaz, M.C. y Escalera-Franco, L.F. (2013). Intervenciones eficaces para reducir el absentismo del personal de enfermería hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 27 (6): 545-551.
- Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvariño, A. M., Luque Pérez, M. y Ramírez Pérez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, 1-12. Recuperado de www.um.es/eglobal/
- Blanco, R., Torrens, R. M. y Zapico, F. (2005). Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de enfermería*, 8 (1): 60-66.

- Blasco Santamaría, R. M^a. "Las Escuelas de Enfermería". En: Diez años de enfermería en España. Análisis de una situación. Madrid: Décimas sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), 1989. Págs. 29-41.
- Blasco Santamaría, R. M^a. (Coord.). "Proyecto para la Adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior". Consejo General de Enfermería. Madrid, 2004. Recuperado de <http://www.cge.enfermundi.com>
- Blay, P. (1995). Evaluación de la competencia profesional: ¿están cambiando los tiempos? *Atención Primaria*, 16 (1): 2-4.
- Blazun, H., Kokol, P. & Vosner, J. (2015). Research literature production on nursing competences from 1981-2012. A bibliometric snapshot. *Nurse Education Today*, 35: 673-679.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora, S.A.
- Boix, R., Burset, S. (2010). Hacia un nuevo paradigma en la enseñanza superior. En: Alsina, Josep (Coordinador). Evaluación por competencias en la Universidad: Las competencias transversales. Pág. 12-17. ICE, Editorial Octaedro. Universitat de Barcelona
- Bonal, R. (1999). El coneixement acadèmic, el saber fer i el mercat. *Àmbits de Política i Societat*, 10: 44-46.
- Bonal, X. (1998). *Sociología de la educación. Una aproximación crítica a las corrientes contemporáneas*. Barcelona: Paidós.
- Bosch, M.H. (2006). Una crítica sistémica de la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawich. Recuperado de <http://www.academia.edu/3498847/>
- Borras, F.X. (2004). *La comunicación médico-enfermo como posible factor de mejoría o yatrogenia: psiconeuroinmunología*. Barcelona: Monografías Humanitas, 2: 27-38.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo psicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119 (5): 175-179.
- Borrell i Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2 (6): 576-582.
- Borrell, F. y Epstein, R. (2001). La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Atención Primaria*, 27, (7): 21-23.
- Borrell, F., Júdez, J., Segovia, J.L., Sobrino, A. y Álvarez, T. (2001). El deber de no abandonar al paciente. *Medicina Clínica*, 117 (7): 262-273.
- Bourdieu, P. (2005). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Boyatzis, R., Mckee, A. y Goleman, D. (2004). Vuelva a despertar su pasión por el trabajo en Stybel L. J. et al. en *Harvard Business Review*. Gestión de la carrera profesional. Barcelona: Deusto, p. 9-34.
- Brackenbury, J. (2000). Canadá: Informe de evaluación nacional. *Revista de Educación*, 321: 47-60.
- Braham, J.& Ward, S. (1993). Competencies: the foundation for future nursing exams. *The Canadian nurse*, 89 (3): 41-5.
- Bray, L., Kirk, S. & Callery, P. (2014). Developing biographies: the experiences of children, young people and their parents of living with a longterm condition. *Sociology of Health & Illness*, 36 (6): 823-839.

- Bretones, M^a. T. (2008). Las bases psicosociales de la comunicación. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/5863>
- Bretones, M^a. T. (2009). Las bases psicosociales de la comunicación. [Actualización]. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/5863>
- Brewster, Ch., Farndale, E. y Van Ommeren, J. (2001). Competencias y estándares profesionales para la dirección de personal/recursos humanos. Madrid: Aedipe.
- Bricall, JM. (2004) La Universidad y la tradición humanista. En H. Casanova, y C. Lozano (eds.). *Educación, universidad y sociedad: el vínculo crítico* (pp. 180-196). Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Brío, M.A. del y Riera, J. (2006). Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. *Revista de Calidad Asistencial*, 21 (4): 213-219.
- Brunero, S., Lamont, S. & Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17 (1): 65-74.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K. y McCloskey Dochterman, J. (2009). Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Título versión original *Nursing Interventions Classification* (NIC). Quinta edición. Barcelona: Elsevier.
- Bunge, M. (1983). Paradigmas y revoluciones en ciencia y técnica. *El Basilisco*, 15, marzo-agosto, 2-9.
- Bunge M. (1980). *La ciencia: su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Burgoon, J.K. Berger, C.R. & Waldron, V.R. (2000). Mindfulness and Interpersonal Communication. *Journal of Social Issues*, 56 (1): 105–127.
- Burns, N. y Grove, S. (2004). *Investigación en enfermería*. Madrid: Elsevier España, SA.
- Busselle, R. & Bilandzic, H. (2009). Measuring Narrative Engagement. *Media Psychology*, 12: 321-347.
- Butler A., Willetts G., Copnell, B. (2015). Nurses' perceptions of working with families in the paediatric Intensive Care Unit. *Nursing in Critical Care*. May 29. doi: 10.1111/nicc.12142.
- Caballero, JJ. (1999). Interaccionismo simbólico: Escuela de Chicago y Escuela de Iowa (Kuhn). *Sociedad y utopía*, 14: 51-66.
- Caballero, MA., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27: 313-7.
- Carmona Cañabate, S. (2014). Neurociencia Cognitiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Págs. 693-717
- Báez, B. F. y Cabrera, B. (2004). Reforma universitaria en España. La síntesis imposible entre la tradición y la mundialización. *Témpora: Revista de historia y sociología de la educación*, 6, 11-34.
- Cabrera-Jaime, S., Estrada-Masllorens, JM., Fernández-Ortega, P. (2011). Conocimiento y satisfacción de la aprobación de la prescripción enfermera (Ley 28/2009) en enfermeras de formación de master y especialidad de la Universidad de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 21 (2): 84-90.

- Cabrera Varela, J. (2002). Presupuestos epistemológicos en la investigación social. En: J. Pérez Vilariño y X. Bouzada Fernández: *Las encrucijadas del cambio social* (Págs., 243-298). Madrid: CIS/ Universidad de Vigo.
- Cacace, N. (1995). *Nuevas profesiones y empleo en el cambio de siglo*. Bilbao: Deusto.
- Cachón Pérez, J.M., Álvarez López, C. y Palacios-Ceña, D. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23 (2): 68-76.
- Calle-Urra, JE., Parra-Hidalgo, P., Saturno-Hernández, PJ., Martínez-Martínez, MJ. y Navarro-Moya, FJ. (2013). Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 28 (4): 234-243.
- Camps, M. (Coord.) (2009). *Educació en valors, actituds personals i ètica professional en el marc de l'espai europeu d'educació superior*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
- Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanitas. Humanidades Médicas*, 21, 1-21. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/revista.html>
- Canals, J. (1985). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Jano*, septiembre, 33-37.
- Cano, E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado. Revista de curriculum y formación de profesado*. Recuperado de <http://www.ugr.es/~recfpro/rev123COL1.pdf>
- Cantón, C. y Ruiz San Román, JA. (2005). Investigación y realidad social. Una reflexión epistemológica. En M.R. Berganza y Ruiz San Román. *Investigar en comunicación. Guía práctica de métodos y técnicas de investigación social en comunicación* (Págs. 3-18). Madrid: McGraw-Hill.
- Carabaña, J. y Lamo de Espinosa, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), 1: 159-203.
- Caris-Verhallen, WM., Kerkstra, A., Bensing, JM. & Grypdonck, MH. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*, 39 (1): 91-103.
- Carlson, J.S. (2015). Factors Influencing Retention Among Part-Time Clinical Nursing Faculty. *Nursing Education Perspectives*, 36 (1): 42.
- Carnes Coletto, A., Diaz Lopez, M., Martín Alonso, M^a T. A., Piqueras Rodriguez P. (2015). Análisis y desarrollo de la estructura normalizada de la etiología en la diagnosis del cuidado. *Nure Investigación*, 75, 1-12.
- Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Carrasco, G. (2014). A.J. Jovell In memoriam. El medico paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 29 (1): 62.
- Carrell, LJ. (1997). Diversity in the communication curriculum: Impact on student empathy. *Communication Education*, 46 (4): 234-244.
- Carreras, J. (2004). Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado (IV). Legislación universitaria española (b): de la Ley de Reforma Universitaria (1983) a la Ley Orgánica de Universidades (2002) (1^a parte). *Educación Médica*, 7 (1): 9-23.

- Carretié, L., López-Martín, S. y Albert, J. (2010). Papel de la corteza prefrontal ventromedial en la respuesta a eventos emocionalmente negativos. *Revista de Neurología*, 50 (4): 245-252.
- Casado Fresnillo, C. y Escandell Vidal, MV. (2011). El lenguaje y las lenguas. En Escandell MV. (Coord.): V. Marrero Aguiar, C. Casado Fresnillo, E. Gutiérrez Rodríguez, N. Polo Cano, (Eds.). *Invitación a la Lingüística* (pp. 1-52). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Casajús Pérez, G., Mañas Segura, A. y Guardia Mila, N. (2005). Legibilidad formal de los formularios de consentimiento informado. *Enfermería Clínica*, 15 (1): 3-7.
- Casanova, H. (2004). La Universidad hoy. En: H. Casanova y C. Lozano (Eds.), *Educación, universidad y sociedad: el vínculo crítico* (pp.197-214). Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Casanovas, I. (2005). *La socialització en infermeria durant el procés educatiu*. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. (Tesis Doctoral. Director Dr. J.A. Rodríguez Díaz) Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales. Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Castanedo, S. (2004). La gestión del conocimiento más allá de la tecnología. *Capital Humano*, 177: 14-15.
- Castells, M. (2015). *Redes de indignación y esperanza*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castells, M. La dimensión cultural de Internet. Recuperado de <http://www.uoc.edu/culturaxxi/esp/articulos/castells0502/castells0502.html>
- Castilla, J. L. (2000). De una sociología de la cultura a una sociología por las culturas. *Témpora* 3: 161-191.
- Castillo, I., Ledo, HI., del Pino Calzada, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, 10, 42:59-66
- Cebero, M.R. (2006). *La buena comunicación. Las posibilidades de interacción humana*. Barcelona: Paidós.
- Cenoz Iragui, J. (2004). El concepto de competencia comunicativa. En J. Sánchez Lobato, I. Santos Gargallo. Vademécum para la formación de profesores. Enseñar español como segunda lengua (L2)/lengua extranjera (LE). Madrid: SGEL, Sociedad General Española de Librería. Recuperado de http://cvc.cervantes.es/Ensenanza/Biblioteca_Ele/antologia_didactica/enfoque_comunicativo/cenoz01.htm
- Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR/OIT). *Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas*. Documento nº 12746. Recuperado de <http://www.cinterfor.org.uy/>
- Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR/OIT). *Metodología para el diseño de F.P. basada en competencias*. Ministerio de Educación y Cultura España. Documento nº 3370. Recuperado de <http://www.cinterfor.org.uy/>
- Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR/OIT). *INEM*. España. Documento nº 3372. Recuperado de <http://www.cinterfor.org.uy/>
- Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR/OIT). *40 Preguntas sobre competencia laboral*. Recuperado de <http://www.cinterfor.org.uy/>

- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2002). *Actitudes y valores en las relaciones interpersonales II. Estudio nº 2442*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=2176
- Chakraborti, CH., Boonyasai, RT., Wright, SM. & Kern, DE. (2008). A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (6): 846-853.
- Chernobilsky, L.B. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.239-273). Barcelona: Gedisa.
- Chocarro, L., González Fernández, R., Salvadores, P. y Venturini, C. (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina Paliativa*, 19 (4): 148-154.
- Chou, CL., Hirschmann, K, Fortin, AH. VI., & Lichstein, PR. (2014). The Impact of a Faculty Learning Community on Professional and Personal Development: The Facilitator Training Program of the American Academy on Communication in Healthcare. *Academic Medicine*, 89 (7): 1051-1056.
- Chuaqui, B. (2001). Acerca de la historia de las universidades a través de sus modelos. *Ars Médica*, 5: 103-111.
- Cibanal JL., Arce, MC. y Carballal Balsa, MC. (2006). *Técnicas de comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud*. Madrid: Elsevier.
- Cibanal, JL., Siles, J., Arce, MC., Domínguez, JM., Vixcaya, F. y Gabaldón, E. (2001). La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Cultura de los cuidados*, 10: 88-99.
- Cibanal, JL., Arce, MC., Siles, J., Galao, R., (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda de enfermería. *Revista de Enfermería*, 11: 10-15.
- Cibanal, JL. y Bevia, B., (1999). Valoración de la entrevista: habilidades comunicacionales. *Enfermería científica*, 204-205:5-9.
- Cifuentes, L. (2003). *Crisis y rescate de la Universidad*. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de <http://firgoa.usc.es/drupal/node/12202/print>
- Cid Henríquez, P. (2010). Diez años de trayectoria del proyecto CIPE en Chile. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (1): 65-73.
- Clark, M. (2004). Measuring Student Perceptions of Clinical Competence. *Journal of Nursing Education*, 43 (12): 548-552.
- Clèries Costa, X. (2009). *El paciente tiene la palabra*. Barcelona: Viguera.
- Clèries Costa, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Elsevier.
- Cockerham, WC. (2001). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Pearson Educación.
- Código español de Ética y Deontología médica (1990). Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/dhbcgedmanalitico.html>.
- Coenen, A. (2003). The International Classification for Nursing Practice (ICPN) Programme : Advancing a unifying Framework for Nursing. American Nurses Association. *Online Journal of Issues in Nursing*. Recuperado de www.nursingworld.org/
- Cohen, H. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.

- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (2004). *Resultat de l'enquesta d'opinió a les infermeres de l'any 2004*. Recuperado de <http://www.codiba.org>
- Colina, J., Medina, JL. (1997). Construir el conocimiento de enfermería mediante la práctica reflexiva. *Revista Rol de Enfermería*, 232 : 23-31.
- College of Nurses Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIO) (2014). *National Competencies in the context of entry-level Registered Nurse practice*. Recuperado de www.cno.org
- Collell Brunet, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Andalucía y Cataluña*. (Tesis doctoral, UAB, Barcelona). Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4753/rcb1de1.pdf?sequence=1>
- Coller, X. (2005). *Estudio de casos*. Cuadernos metodológicos Nº 30. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Coller, X. (2003). *Canon Sociológico*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Collière, M.F. (1991). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*, 22 (1): 27-31.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2003). Comunicación de la Comisión. El papel de las universidades en la Europa del conocimiento, Bruselas 5.2.2003. Recuperado de <http://ujiapps.uji.es/estudis/eees/titols/documents/docs/pue.pdf>
- Conde, F. (1990). Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51: 91-117.
- Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE) (2012). Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado de <http://www.crue.org/espaeuro/euroindex.htm>
- Consejo Económico y Social de España (CES), (2009). Informe "Sistema Educativo y Capital Humano". Recuperado de <http://www.ces.es/documents/10180/18510/Inf0109>
- Consejo General de Enfermería (2015). Gravedad de la situación de la Enfermería española por los incumplimientos de las administraciones sanitarias. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes>
- Consejo General de Enfermería (27 de marzo de 2015). El Consejo Interterritorial del SNS apuesta por la seguridad de pacientes y profesionales aprobando la futura regulación de la prescripción enfermera. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/notas-prensa>
- Consejo General de Enfermería (CGE), (2014). Formación basada en competencias. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/pilares-eees/formacion-basada-en-competencias>
- Consejo General de Enfermería (CGE), 2004. Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org>
- Consejo General de Enfermería (CGE), (1988). Código Deontológico de la Enfermería Española. Recuperado de <http://www.enfermnundi.com>

- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2015). *Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos*. Ginebra (Suiza): Día Internacional de la Enfermera. Recuperado de <http://www.icn.ch>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2015). La OMS ratifica que en España faltan enfermeras. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/16720-la-oms-ratifica-que-en-espana-faltan-enfermeras#.VhmJcuztmkp>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2015). *Aspectos destacados del proyecto*. (Centros de investigación y desarrollo de la CIPE acreditados por el CIE). Recuperado de <http://www.icn.ch/es>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2015). Los salarios, la demanda y las oportunidades de carrera profesional contribuyen a la migración del profesorado de enfermería en todo el mundo. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/news/whats-new-archives/los-salarios-la-demanda-y-las-oportunidades-de-carrera-profesional-contribuyen-a-la-migracion-del-profesorado-de-enfermeria-en-todo-el-mundo-1178.html>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2013). Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera (ICNP) o Proyecto CIPE, en español. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/pilares-a-programas/international-classification-for-nursing-practice-icnpr/clasificacion-internacional-para-la-practica-de-enfermeria-1358.html>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra (Suiza). Recuperado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2010). Los salarios, la demanda y las oportunidades de carrera profesional contribuyen a la migración del profesorado de enfermería en todo el mundo. Recuperado de <http://www.icn.ch/test/index.php?/es/news/whats-new-archives/los-salarios-la-demanda-y-las-oportunidades-de-carrera-profesional-contribuyen-a-la-migracion-del-profesorado-de-enfermeria-en-todo-el-mundo-1178.html>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2009). Reducir el desfase y mejorar la relación entre la formación y el servicio. Marco de análisis y soluciones. Recuperado de <http://www.icn.ch/es/>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2009). Definición de Enfermería del CIE. Recuperado de www.icn.ch/definitions.htm
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2007). Describir la profesión enfermera: un lenguaje dinámico para la defensa. Ginebra (Suiza). Recuperado de <http://www.icn.ch/es/>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2007). *¿Dónde están las enfermeras en la Organización Mundial de la Salud?* Comunicado. Yokohama (Japón) y Ginebra (Suiza). Recuperado de <http://www.icn.ch>
- Consejo General de Enfermería (2007). Ordenación Profesional. Recuperado de <http://www.cge.enfermundi.com>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2006). Contratación y retención de las enfermeras: formación de unos recursos humanos motivados. Ginebra (Suiza) Recuperado de <http://www.icn.ch/es>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2006). Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia. La iniciativa del análisis mundial de la enfermería. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/finish/63-cie/1201-27-desarrollo-de-la-reglamentacion-las-funciones-y-la-competencia>

- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2004). Los Pilares del CIE y Sobre el Consejo Internacional de Enfermeras. Recuperado de <http://www.icn.ch/es>
- Consejo Internacional de Enfermería (2004). Liderazgo para el cambio. Ginebra. Consejo Internacional de Enfermería. Comunicado: El CIE llega a las estudiantes de enfermería. Ginebra. Recuperado de <http://www.icn.ch>
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE), (2003). Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Informe del proceso de elaboración y de las consultas. Ginebra (Suiza). Recuperado de http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competiciones_CIE_Enfermera_Generalista.pdf
- Consejo Internacional de Enfermería (2001). *Competencias Internacionales de la enfermera Generalista*. Ginebra: ICN.
- Consejo Internacional de Enfermería (2001). Planificación y desarrollo de la carrera profesional. Ginebra. Recuperado de <http://www.icn.ch>
- Consejo Internacional de Enfermería (1999). Guía para las enfermeras del futuro. Ginebra
- Consejo Internacional de Enfermeras (1997). El CIE y la reglamentación. Modelos para el S XXI. Ginebra: ICN.
- Consejo Internacional de Enfermería (1996). El valor de la enfermería en un mundo cambiante. Ginebra.
- Consejo Internacional de Enfermería (1996). La formación en enfermería: pasado y presente. Vol. I: Tendencias actuales y futuras. Una perspectiva del CIE. Ginebra.
- Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya (2006). Recomanacions per a la dotació d'Infermeres a les unitats d'hospitalització. Factors que influeixen en la pràctica infermera. (Ferrús L. Dir.). Barcelona, desembre 2006. Recuperado de <http://www.coib.org>
- Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (1997). Comissió d'Infermeria i les seves especialitats específiques. Competències de la professió d'Infermeria. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Corominas, A. y Sacristán V. (2010). *Construir el futuro de la universidad pública*. Barcelona: Icaria.
- Cortés-Criado, M. C. (2014). Información escrita de pacientes, de papeles a documentos. *Revista de Calidad Asistencial*, 29 (2): 92-98.
- Cortes-Franch, I. y González López-Valcárcel, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 (1): 1-6.
- Costa Mendes, IA., Trevizan, MA., Fávero, N., Nogueira, MS., Galvao, CM. (2001). Comunicación con el paciente. Una cuestión de calidad. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (19): 14-18.
- Craig, RT. (2007). Communication theory as a field. En R.T. Craig, H.L. Muller. *Theorizing Communication. Readings, Across, Traditions*(pp.63-98). EEUU, California: Sage Publications.
- Craig, R.T. (2007). Communication theory as a field. Presentación en: the Russian Communication Association. St. Petersburg, 13 June 2006. Recuperado de <http://spot.colorado.edu/~craigr/RCA06-Field.ppt#257,3,Background>
- Craig, R.T. (1999). Communication theory as a field. *Communication Theory*, 9: 119-161.

- Cumplido, R. y Molina, C. (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 18 (4): 141-148.
- Dabbach, N. & Kitsantas, A. (2004). Supporting Self-Regulation in Student-Centered Web- Based Learning Environments. *International Journal on E-Learning*. January-March, 40-47.
- Dalfó-Pibernat, A. (2015). La prescripción enfermera en Atención Primaria. Mayor autonomía e identidad percibida. *Enfermería Clínica*, 25 (2): 100-101.
- Damasio, A. (2006). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Dance, F.E.X. (1970). The "Concept" of Communication. *Journal of Communication*, 20 (2): 201-210.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1): 96-102.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2004). *Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad*. Medellín (Colombia): Editorial Universidad de Antioquia.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2001). Familia y cuidados a pacientes crónicos. En papel de la enfermera en el cuidado familiar. *Índex de Enfermería*, numero 34: 20-26
- Denzin NK. & Lincoln YS. (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research (capítulo 1), pag. 1-19. En: Denzin NK, Lincoln YS. (eds.) *Handbook of qualitative research*. 3 ed. Thousand Oaks, CA.: Sage; 2005. Recuperado de http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/40425_Chapter1.pdf
- Díaz, F. (2000). *Sociologías de la situación. Goffman, Sacks, Cicourel y Pollner*. Madrid: La Piqueta.
- Díez Nicolás, J. (2013). Teoría sociológica y realidad social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), Julio-septiembre, 143: 7-24.
- Dolman, D. (2014). "What help can you get talking to somebody" Explaining class differences in the use of talking. *Sociology of Health & Illness*, 36 (4): 531-548.
- Domínguez-Alcón, C. *Cuidados y profesión enfermera*. (Previsto 2016).
- Domínguez-Alcón, C. (2014). Prácticas de cuidado y conocimiento en la disciplina enfermera. *Temperamentum*, 20. Revista Internacional de Historia y pensamiento enfermero. Recuperado de <http://www.index->
- Domínguez Alcón, C., Ramió Jofre, A. (2010). L'exercici lliure de la professió enfermera a Catalunya. Resum executiu. Barcelona, p. 67-80. Recuperado de <http://www.coib.org>
- Domínguez-Alcón, C. (1999). Sociología del cuidado. *Enfermería clínica*, 9 (4), 174-181.
- Domínguez-Alcón, C. (1990). *Estudio de recursos humanos: la enfermería en Cataluña*. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals.
- Domínguez-Alcón, C. (1989). La percepción del cuidar. *Revista Rol de Enfermería*, 127, 21-23.
- Domínguez-Alcón, C. (1886). *Los cuidados y la profesión de enfermería en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez-Alcón, C., Rodríguez, J. A. y de Miguel J. M. (1983). *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Domingo Moratalla, T. y Feitó Grande, L. (2013). *Bioética narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.

- Domingo Pozo, M. (2011). *Los planes de cuidados estandarizados en España*. Recuperado de <http://issuu.com/manolidomingopozo/docs/pcesns>
- Donsbach, W. (2006). The identity of Communication Research. Annual Conference of the International Communication Association (ICA). New York, May 2005. *Journal of Communication International Communication Association*, 56: 437-448.
- Doyal, L., Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria.
- Duranti, A. (2003). *Language as Culture in U.S. Anthropology; Three Paradigms*. Current Anthropology, Vol 44, Number 3, June 2003. Págs. 323-347.1. [Traducido al español por Patricia Dreidemie] Recuperado de <http://www.sscnet.ucla.edu/anthro/faculty/duranti/reprints/lenguacultura.pdf>
- Eberle, T.S. (1992). A new paradigm for the sociology of knowledge: "The social construction of reality" after 25 years". *Revue Suisse de Sociologie*, 18 (2): 493-502.
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C. y Tomás-Sábado, JT. (2015). Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el siglo XXI. Cartas al Director. *Enfermería Clínica*, 25 (1): 42-44.
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla Herrero, A., Tomás-Sábado, J.T. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 6 May DOI 10.1111/jocn.12813.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, JT., Monforte-Royo, C., Bardallo-Porras (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24): 3501-3512.
- Edo Gual, M., Tomás-Sábado, J. y Aradilla Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*, 21 (3): 129-135.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fotherhill, A. & Hannigan, B. (2000). Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the All-Wales Community Mental Health Nursing Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 529 -537.
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A., Storli, SL. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (8): 1354-1361
- Eisenberg, N., Guthrie, IK., Cumberland, Murphy BC., Shepard, SA., Zhou, Q., Carlo, G. (2002). Prosocial Development in Early Adulthood: A Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6): 993-1006.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*, 52, 665-697.
- Elliot, P. (1975). *Sociología de las profesiones*. Madrid: Tecnos.
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (2010). Quatre models de relació metge-pacient (1). *Annals de Medicina*, 93: 133-36.
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (2010). Quatre models de relació metge-pacient (2). *Annals de Medicina*, 93, 180-184.

- Epstein, R. M. (2014). Per què cal impulsar una atenció centrada en la persona? Documentació original de la Conferència en *Jornada: Models, Metodologies i Experiències d'Atenció Centrada en la Persona*, 11 de junio. Parc Sanitari Pere Virgili (Barcelona)
- Epstein RM , Fiscella K , Lesser CS , Stange KC (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Salud Affaires (Millwood)*. 2010 Aug; 29 (8): 1489-1495.
- Epstein R.M. y Borrell-Carrió, F. (2005). The Biopsychosocial Model: Exploring Six Impossible Things. *Families, Systems, & Health*, 23 (4): 46-431.
- Epstein RM., Alper, BS., Quill, TE. (2004). Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*, 291: 2359-2366.
- Errasti-Ibarrondo, B. y Tricas-Sauras S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Medicina Intensiva*, 23 (4), 179-188.
- Escola Universitària Infermeria. Universitat de Barcelona (EUI-UB), (2014). Assignatura Ciències Psicosocials Aplicades a la Salut. Pla Docent (1^{er} curs) Curs acadèmic, 2014-15, 2015-16. Recuperado de <http://www.ub.edu/infermeria/>
- Escola Universitària Infermeria. Universitat de Barcelona (EUI-UB), (2014). ¿Que se pretende con esta enseñanza?. Perfil de la titulación del Grado de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.ub.edu/infermeria/>
- Escola Universitària Infermeria. Universitat de Barcelona (EUI-UB), (2008-2009). Memoria para la verificación del Título de Grado. Graduado o Graduada en Enfermería por la Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://www.ub.edu/infermeria/>
- Escola Universitària Infermeria. Universitat de Barcelona (EUI-UB), (2007). Document de treball Comissió de Competències. Documento interno, no publicado. Fecha de finalización, 27 noviembre 2007. Recuperado de <http://www.ub.edu/infermeria/>
- Escandell Vidal, MV. (2014). *La comunicación. Lengua, cognición y sociedad*. Madrid: Akal
- Escandell, MV. y Marrero, V. (2011). La lingüística y sus fundamentos. Pág. 53-85. En: Escandell, M.V. (Coordinadora), Marrero Aguiar, V.; Casado Fresnillo, C.; Gutiérrez Rodríguez, E.; Polo Cano, N. (2011). *Invitación a la Lingüística*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid.
- Escandell Vidal, M.V. (2011). La semántica. Pág. 207-241. En: Escandell, M.V. (Coordinadora), Marrero Aguiar, V.; Casado Fresnillo, C.; Gutiérrez Rodríguez, E.; Polo Cano, N. (2011). *Invitación a la Lingüística*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid.
- Escandell Vidal, M.V. (2011). La pragmática. Pág. 243-272. En: Escandell, MV. (Coordinadora): Marrero Aguiar, V., Casado Fresnillo, C., Gutiérrez Rodríguez, E., Polo Cano, N. (2011). *Invitación a la Lingüística*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid.
- Escotorin, P. & Roche R. (2011). Cómo y porqué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE. Incluye manual para profesionales del ámbito de la gerontología. Fundació Universitària Martí l'Humà. La Garriga, Barcelona.
- Escotorin, Roche, Cirera (2011) La prosocialidad y sus aplicaciones en salud (Capítulo II). En: Como y porqué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y propuestas. Conclusiones del Proyecto Europeo CHANGE. Fundació Universitària Martí l'Humà. La Garriga, Barcelona, Pág 21-50.

- Esteban Ortega, J. (2005). *Universidades reflexivas: una perspectiva filosófica*. Barcelona: Laertes educación.
- Estruch, J. y Guell, A. (1976). *Sociología de una profesión: los asistentes sociales*. Barcelona: Península.
- Fernández Cordón, J. A. (2003). El futuro demográfico en España. *Sistema*, 175-176: 243-262.
- Fernández-López, JA., Fernández-Fidalgo, M., Geoffrey, R., Stucki, G. y Cieza, A. (2009). Funcionamiento y discapacidad.: La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 775-783
- Fernandez, AM., Dufey, M., Mourgues, C. (2007). Expresión y reconocimiento de emociones: un punto de encuentro entre evolución, psicofisiología y neurociencias. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2: 8-20.
- Fernández Buey y Jordi Mir García (2009) ¿Es tan malo ser antisistema? Artículo publicado 12.4.2009. Recuperado de http://www.ediario.es/autores/jordi_mir_garcia/
- Ferrer, F., Pont, E., Teixidor M. et al (2004). L'opinió dels experts sobre la formació inicial infermera. En: La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona 2004: 185-200.
- Ferrer, V., Medina, JL. y Lloret, C. (2003). *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación*. Barcelona: Alertes.
- Festinger, L., Katz, D. (Compiladores) (2000). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós.
- Fitzpatrick, JJ. (2014). Succession Planning for Nurse Faculty: Who Will Replace Us?. *Nursing Education Perspectives*, 35 (6), 359.
- Fitzpatrick, L. (2004). La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona: 69-74.
- Flaquer, L. (1999). La familia en la sociedad del siglo XXI. *Papers de la Fundació*, 117, 1-21. www.fcampalans.cat/
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K. y Behrens, J. (2009) Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal Public Health (Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften)*, 17 (5): 339-353.
- Fortin, AH VI. & Lichstein, PR. (2014). The Impact of a Faculty Learning Community on Professional and Personal Development: The Facilitator Training Program of the American Academy on Communication in Healthcare. *Academic Medicine*, 89, (7): 1051-1056
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 815-823.
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C. & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in preregistration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 35 (3), 510-517.
- Frade Mera, MJ., Vinagre Gaspar, R., Zaragoza Garcia, I., Viñas Sanchez, S., Antúnez Melero, E., Alvarez González, S., Malpartida Martín, P. (2009). Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 20(4):131-140.
- Franco, C. (2009). Modificación de los niveles de *burnout* y de personalidad resistente en un grupo de deportistas a través de un programa de conciencia plena (*mindfulness*). *Anuario de Psicología*, 40 (3): 377-390.

- Frenk, J., Chen, L., Zulfiqar A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Zurayk, H. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28 (2): 337-41.
- Frenk, J. Chen, L., Zulfiqar A. Bhutta, Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. Fineberg, H., Garcia, P.J., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new Century: transforming education to strengthen health Systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376 (4): 1923-1958.
- Fried, D. y Schnitman, J. (2001). Los modelos reflexivos y el aprendizaje dialógico. *Redes: Revista de psicoterapia Relacional e intervenciones sociales*, 7: 53-74.
- Fuentes López, Félix, Etxebarria, Ledesma, Ortiz y Peyo (1993). Empatía, Role-Taking y concepto de ser humano, como factores asociados a la conducta prosocial/altruista. *Infancia y aprendizaje*, 61: 73-87
- Fuertes MC, Maya MU (2001). Atención a la familia: atención familiar en situaciones concretas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(Suplemento 2): 83-92.
- Fullola, JM., Gracia Alonso, F., Casassas i Ymbert, J. (Coord.) (2010). *La Universitat de Barcelona: libertas perfundet omnia luce: Història dels Ensenyaments (1450-2010)*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Fundación Conocimiento y Desarrollo (CYD) (2013). Informe CYD, 2013. Recuperado de <http://www.fundacioncyd.org/>
- Fundación Salud 2000 (2013). Enfermería y medicamento. Informe del experto nº 7. Recuperado de www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/finish/42-documentos-de-interes/1220-informe-enfermeria-y-medicamento
- Fundación Salud, Innovación, Sociedad (2003). Necesidad y demanda del paciente oncológico (Resumen del estudio), Barcelona.
- Galán, JM^a., Romero, R., Morillo, MS. y Alarcón, JM. (2014) Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1): 53-60.
- Gallagher, A., Bousso, RS., McCarthy, J., Kohlen, H., Andrews, T., Paganini, M.C., Padilha, KG., (2015). End-of-life Decision-Making in Intensive Care Research Group. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (4): 794-803.
- Ganz, FD., Endacott, R., Chaboyer, W., Benbinisthy, J., Ben Nun, M., Ryan, H., Schoter, A., Boulanger, C., Chamberlain, W., Spooner, A. (2015). The quality of intensive care unit nurse handover related to end of life: A descriptive comparative international study. *International Journal of Nursing Studies* 52 (1): 49-56
- García Barbero, M. (2004). La alianza mundial para la seguridad del paciente. Monografías Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona, España. Monografía nº 8, Págs. 209-220.
- García Flores, Y. (2012). Nuevos métodos de cálculo de plantilla ajustado a las necesidades de cada servicio: ¿una alternativa posible?. *Enfermería Clínica*, 22 (5): 275-277.

- García Jiménez, L. (2006). "Reseña de teoría e investigación en comunicación social". De J.J. Iगतúa y M.L. Humanes. *Sphera Publica* 6: 217-221.
- García Martínez, M., Nieto de la Fuente, C. y Santacatalina Ubiedo, D. (1993). Conocimiento sobre comunicación en los alumnos de enfermería. Cuidados y Comunicación. La comunicación como fundamento del cuidado enfermero. XIV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Burgos 1-3 diciembre. Pág. 293-305.
- Gardner, H., Csikszentmihalyi, M. y Damon, W. (2002). *Buen trabajo. Cuando ética y excelencia convergen*. Barcelona: Paidós.
- Garside, JR., y Nhemachena, JZZ. (2013). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 35 (2013): 541-545.
- Garza, MR. (2009). La comunicación interpersonal dentro del campo académico de la comunicación. Pautas para una sistematización. *Global Media Journal*, 6 (12): 49-70.
- Gazarian, PK. (2010). Digital Stories: Incorporating Narrative Pedagogy. *Journal of Nursing Education*, 49 (5): 287-290.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015). La seguretat dels pacients. La estratègia del Departament de Salut. Recuperado de <http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que-es-la-seguretat-de-pacients/l-estrategia-del-departament-de-salut/>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2013). Plans de cures estandarditzats per a malalts hospitalitzats. (Editora: M.E. Juvé). Recuperado de <http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/Planscures.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2012). Pla de Salut de Catalunya 2011-2015. Recuperado de <http://www.gencat.cat/salut/pladesalut>
- Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament (2007): Consell Inter-universitari de Catalunya, Criteris per a elaborar la Programació universitària a Catalunya. Descriptores Dublín (Cualificaciones profesionales). [Documento integrado en Universitat de Barcelona (UB), (2008) (a). La UB dins l'espai europeu d'educació superior. Projecte Grau UB090909. Línies Generals d'actuació. Recuperado de <http://www.ub.edu/ub/europa/welcome.htm>]
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2007). Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperado de http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Acords%20i%20convenis/Altres/Pla_innovacio_AP_09.pdf
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2006). Llibre Blanc. Consens sobre les activitats preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Recuperado de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/hipertensio_arterial/documents/lilibre_blanco.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Estàndard de diagnòstics d'infermeria a l'Atenció Primària (NANDA)*. Recuperado de www.gencat.cat/ics/professionals/protocols/nanda
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (2003). *Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

- Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Institut d'Estudis de la Salut (2003). El Tutor d'Infermeria. Perfil, funcions i competències
- Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut (2002). Competències de les professions sanitàries. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació.
- Gergen, K. (2007). Construccionalismo social: aportes para el debate y la práctica. Universidad de los Andes. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. CESO. Bogota, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Gerrish, K. y Lacey, A. (2008). *Investigación en enfermería*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Giddens, A. (2002). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Taurus.
- Giddens, A. (2007). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gil-Monte, P.R., García Juesas, J.A., Núñez, E., Carretero, N., Roldan, M.D. y Caro, M. (2006). Validez factorial para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT). Recuperado de www.psiquiatria.com_10(3)
- Gil-Monte, PR. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19 (2): 181-197.
- Gil-Monte, P.R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería. Ponencia presentada en el I Seminario Internacional sobre Estrés e Burnout. Curitiba (Brasil), agosto, 2002
- Gilpin A y Wagenaar R et al (2007). Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Socrates-Tempus. Recuperado de <http://www.unizar.es/eees/tesie.htm>
- Giménez Maroto, A.M. (2000). Situación actual y futuro de la taxonomía diagnóstica de NANDA: entrevista con la Dra. Dorothy Jones. *Metas de Enfermería*, 29: 26-31.
- Gimeno Lorente, P. (2009). Didáctica crítica y comunicación. Un diálogo con Habermas y la Escuela de Frankfurt. Barcelona: Octaedro.
- Giner, S. (Coord.) (2003). Teoría sociológica moderna. Barcelona: Ariel.
- Girbau Massana, M^a D. (2002). Psicología de la comunicación. Barcelona: Ariel.
- Godall, M. (2002). Formació Universitària en Infermeria. Estudi sobre el professorat. Tesis Doctoral. Universidad Ramón Llull (Directora: Dra. Carmen Domínguez Alcón)
- Godall, M. (2003). La formación superior en enfermería del profesorado enfermero de las escuelas universitarias de enfermería. *Enfermería Clínica*, 13 (1), 26-31.
- Goffman, E. (2006). Frame Analysis. Los marcos de la experiencia. Madrid. Siglo XXI Editores, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Goffman, E. (1991). *Los momentos y sus hombres*. Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Goffman, E. (1979). *Relaciones en público: microestudios del orden público*. Madrid: Alianza.
- Goffman, E. (1970). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goleman, D. (2012). *El cerebro y la inteligencia emocional. Nuevos descubrimientos*. Barcelona: Ediciones B.
- Gonzalez, J. y Wagenaar, R. (2006). *Tuning Educational Structures in Europe II*. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia. Universidad de Deusto y Universidad de Groningen. Publicaciones de la Universidad de Deusto. Recuperado de www.unideusto.org/tuningeu/images/.../Tuning_2_CAST_PR2_pdf.pdf
- Gonzalez, J. y Wagenaar, R. (2003). *Tuning Educational Structures in Europe*. Informe Final, Fase Uno. Universidad de Deusto. Universidad de Groningen. Bilbao (España): Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- González de la Fe, T. (2003). Sociología fenomenológica y etnometodología. En S. Giner, (Coord.) *Teoría Sociológica Moderna* (pp. 219-267) Barcelona: Ariel.
- González de la Fe, T. (2003). E. Goffman: microanálisis del orden social. En S. Giner, *Teoría Sociológica Moderna* (pp. 212-215). Barcelona: Ariel.
- González de Rivera, J.L. (2001). Psicoterapia de las crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, julio-septiembre, 35-53.
- González Hernández, ME. y Castellano Arroyo, M. (2012). El consentimiento en las actuaciones médicas en las Comunidades Autónomas españolas: regulación actual. *Revista de Calidad Asistencial*, 38 (3): 100-106.
- González Hernández, A. (1999). La cuestión universitaria: asignaturas pendientes. *Revista española de educación comparada*, 5:37-58.
- González Jurado, M. (2007). Marco legislativo y sanitario actual. *Consejo General de Enfermería*. Madrid: Escuela de Ciencias de la Salud.
- González Jurado, M. (2007). *Desarrollo de la Profesión Enfermería*. Madrid: Consejo General de Enfermería. Escuela de Ciencias de la Salud.
- González Portal, M.D. (2000). *Conducta prosocial: evaluación e intervención*. Madrid: Morata.
- Gordon, M. (2015). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 42:172-178.
- Grant, M. y Jenkins, LS., (2014). Communication education for pre-licensure nursing students: Literature review 2002-2013. *Nurse Education Today*, 34 (11): 1375-1381.
- Griffin, E. (2006). *Communication. A first look at Communication theory*. New York: Mc Graw Hill.
- Grilo, A., Santos, M. C., Rita, J.S. & Gomes, A.I. (2014). Assessment of nursing students and nurses orientation towards patient-centeredness. *Nurse Education Today*, 34: 35-39.
- Gros, B. y Romañá, T. (1995). *Ser profesor. Palabras sobre la docencia universitaria*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Denman, C., Haro, J.A., compiladores. Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora, México: Colegio de Sonora. 2000. Págs. 113-145. Recuperado de

<https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/02/guba-y-lincoln-2002.pdf>

- Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1994). Paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. Cap. 6 del libro: *Handbook of Qualitative Research*, de Norman Denzin & Ivonna Lincoln (eds.), London: Sage, 1994, pp.105-117. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/35269285/Guba-Lincoln-Paradigma-en-Pugna>
- Guillen-Perales, J., Luna-Maldonado, A., Fernández-Prada, M., Guillen-Solvas y Bueno-Cavanillas, A. (2013) Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cirugía Española*, 91 (9): 595-601.
- Gutierrez Rodriguez, E. (2011). La sintaxis. En: Escandell, M.V. (Coordinadora), Marrero Aguiar, V.; Casado Fresnillo, C.; Gutiérrez Rodríguez, E.; Polo Cano, N. Invitación a la Lingüística. Págs. 163-206. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid.
- Guirao-Goris, JA, Camaño Puig, ER, Cuesta Zambrana, A. (2001). Diagnóstico de Enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas Multimedia.
- Habermas, J. (2007). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- Hagerty, BM., Patusky, K. (2003). Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (2): 145-150.
- Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A. & Burnard, P. (2000). Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7: 127-134.
- Harré, R. (2006). El *frame analysis* de Goffman. En Goffman, En : *Frame Analysis, Los marcos de la experiencia* (pp.13-15) Madrid: Siglo XXI Editores. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Heather, T. (2008). Nursing Diagnosis: Is It Time for a New Definition?. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19 (1): 2-13.
- Hepwoth, J. y Cushman, RA. (2005). "Biopsychosocial" -Essential But Not Sufficient. *Families, Systems, & Health*, 23 (4): 406-409.
- Hernández Requena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *RUSC Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento*, 5 (2): 26-35.
- Hernández Martín, FJ. (2008). Historiografía de la Enfermería en España: la historia de una pequeña gran-familia. *Cultura de los cuidados*, 24: 35-39. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/9867#vpreview>
- Hernández Martín, FJ., Gallego Lastra, R. del, Alcaraz González, S. y González Ruiz, JM. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, 2: 21-35.
- Herrera Gómez, M., Soriano Miras, RM. (2004). Le teoría de la acción social en Erving Goffman. *Papers*, 73: 59-79.
- Hesbeen W. Formació i pràctica de infermeria: de l'obertura a l'existència a una clínica del tenir cura. En *La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional*. Fundació La Caixa. Barcelona 2004: 31-39.

- Hold, J.L., Blake, B.J., Ward, E.N. (2015). Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective. A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(6):777-781.
- Hoy Kwan Ning y Dowling (2015): A latent profile analysis of university students self-regulated learning strategies. *Studies in Higher Education*, 40 (7): 1328-1346.
- Hospital de Viladecans (2009). Referencias diversas. Recuperado de <http://www.hospitaldeviladecans.com>.
- Huitzi-Egilegor, JX., Elorza-Puyadena, M.I., Urkia-Etxabe, J.M., Esnaola-Herrero, M.V. y Asurabarrena-Iraola, C. (2013). Estudio retrospectivo de la implantación del proceso de enfermería en un área de salud. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21 (5) [05pantallas] sep-oct.
- Hymes, DH. (1995). Acerca de la competencia comunicativa. En: Llobera, M. (Coord) (1995). *Competencia comunicativa. Documentos básicos en la enseñanza de lenguas extranjeras*. Edelsa. Grypo Discalia, SA.
- Hymes, DH. (1984). *Vers la compétence de communication*. Paris: Hatier-Credif.
- Hymes, DH. (1982). "Models of the interaction of language and social life" In *Directions in Sociolinguistics*, ed. John J. Gumperz and Dell Hymes, 35-71. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ibañez, C. y Obed de la Sancha Villa, E. (2013). La Evolución del Concepto de Competencia en la Teoría de la Conducta. *Acta Comportamental*, 21 (3): 377-389.
- Iglesias Lepine, ML., Botet Montoya, J.P.; Pallás Villaronga, O., Hernández Leal, E., Echarte, JL. y Solsona Durán, JL. (2007). Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. *Revista Clínica Española*, 107 (10): 843-8.
- Inglés, C.J., Martínez-González, A. E., Valle, A., García-Fernández, J. M. y Ruiz-Esteban, C. (2011). Conducta prosocial y motivación académica en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Universitas Psychologica*, 10 (2): 451-465.
- Inglés CJ, Benavides G, Redondo J, García-Fernández JM, Ruiz Esteban C, Estévez C y Huescar E. (2009) Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *Anales de Psicología*, 25 (1): 93-101.
- Institute of Medicine (IOM) of the National Academics (2010). *The future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Report Recommendations*. Recuperado de www.iom.edu/nursing
- Institute of Medicine (IOM) of the National Academics (2004). *Keeping patients safe. Transforming the work environment of nurses*. Recuperado de <http://www.iom.edu/reports/2003/keeping-patients-safe-transforming-the-work-environment-of-nurses.aspx>
- Institute of Medicine (IOM) (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Recuperado de <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
- Irigoyen, J.J., Yerith Jiménez, M. y Acuña, K.F. (2011). Competencias y Educación Superior. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 16 (48): 243-266.
- Isla, P. (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados*, 1º y 2º semestre, año IV, nº 7 y 8:187-194.

- Janss, R., Rispens, S., Segers, M. & Jehn, KA. (2012). What is happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical teams. *Medical Education*, 46(9): 838–849
- Johansson, M., Hanson, E., Runeson, I., Wåhlin, I. (2015). Family members' experiences of keeping a diary during a sick relative's stay in the intensive care unit: A hermeneutic interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 31: 241-249.
- Jonnaert, Ph. (2002). Competencias y socioconstructivismo. Texto de apoyo a la conferencia anual de Inspectores de Enseñanza Media, 18 diciembre de 2001 en Bobo Dioulasso, Burkina Faso. Red Iberoamericana de Investigadores sobre el Currículo. Recuperado de www.riic.unam.mx/
- Jonnaert, Ph., Barrette, J., Masciotra, D. y Yaya, M. (2007). Revisión de la competencia como organizadora de los programas de formación: hacia un desempeño competente. Observatorio de Reformas Educativas (ORE), Universidad de Quebec, Montreal, Julio 2006. Ginebra (Suiza). Oficina Internacional de Educación, BIE (UNESCO). Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/COPs/Pages_documents/Competencies/ORE_Spanish.pdf
- Jonnaert, Ph; Barrette, J; Masciotra, D. y Yaya, M. (2008). La competencia como organizadora de los programas de formación: hacia un desempeño competente. Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado 12 (3): 1-31. Recuperado de <http://www.ugr.es/local/recfpro/rev123ART3.pdf>
- Jorge Soneira, A. (2006). La Teoría fundamentada en los datos. (Grounded Theory) de Glaser y Etrauss). En: Vasilachis de Gialdino, (Coord.). Estrategias de investigación cualitativa. (Cap. 7, Págs. 153-173). Barcelona: Gedisa
- Joseph, I. (1999). *Erving Goffman y la microsociología*. Barcelona: Gedisa
- Jovell, A. J. (2006). El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3): 85-90.
- Jovell, AJ. y Navarro-Rubio, D. (2009): Asociaciones de pacientes en España. *Humanitas. Humanidades Médicas*, 42: 11-20.
- Kalafati, M. y Paikopoulou D. (2011). Nursing Care of Culturally Diverse Patients in the Intensive Care Unit. *NOSILEFTIKI*, 50 (1): 49-62.
- Kalisch, B., Xie, B. & Ronis, D.L. (2013). Train-the-Trainer Intervention to Increase Nursing Teamwork and Decrease Missed Nursing Care in Acute Care Patients Units. *Nursing Research*, 62 (6): 405-413.
- Kearney, MK.; Weininger, R.B.; Vachon, MLS.; Harrison, R.L., Mount, BM. (2009). Life: Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life. "Being Connected . . . A Key to My Survival". *JAMA*. 2009;301(11):1155-1164 (doi:10.1001/jama.2009.352) Recuperado de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/11/1155>.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Major F. (1996) *El pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.
- King, I. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México DF: Editorial Limusa.
- Kiessling, Claudia; Dieterich, Anja; Götz, Fabry; Hölzer, Henrike; Langewitz, Wolf; Mühlinghaus, Isabel; Pruskil, Susanne; Scheffer Simone; Schubert, Sebastian (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: The Basel Consensus Statement. Results of a Delphi Survey. *Patient Education and Counseling*, 81:259–266

- Kinga, PE. & Sawyerb, ChR. (1998). Mindfulness, mindlessness and communication instruction. *Communication Education*, 47 (4): 326-336.
- Kitson AL., Muntlin Athalin À., Elliot J. & Cant ML . (2014). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (6): 1228–1242.
- Knight, PT. (2008). El profesorado de educación superior. Formación para la excelencia. Madrid: Narcea.
- Kohn, Linda T.; Corrigan, Janet M. and Donaldson, Molla S. (Editors) (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academies Press. Recuperado de <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>
- Krasner, MS., Epstein, RM., Beckman, H., Suchman, AL., Chapman, B., Mooney, Ch. J. & Quill, TE. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 302 (12): 1284-1293.
- Krieger, M. (2001). *Sociología de las organizaciones. Una introducción al comportamiento organizacional*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Kruijver, IPM., Kerkstra, A., Francke, AL., Bensing, JM & Van de Wiel, HBM. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39: 129–145.
- Kuhn, T. (2006) *La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica*, México: Fondo de cultura económica.
- Laín Entralgo, P. (1964). La relación médico enfermo. Historia y Teoría. *Revista de Occidente*.
- Lane, R.D. (2014). Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? *Biopsychosocial Medicine*, 8,3.
- Lasa G, Tazón P, Aseguinolaza L, García-Campayo J (1994). Docencia de habilidades de comunicación en enfermería. Cuidados y Comunicación. La comunicación como fundamento del cuidado enfermero. XIV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Barcelona, 12-14 de diciembre. Págs. 251-274.
- Latorre, I. (2006). La construcción del pensamiento práctico en enfermería. *Temperamentum*, 4. Recuperado de <http://www.index-f.com/temperamentumtn4/t6161.php>.
- Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3), 7-17.
- Lazarsfeld, Sewell, W.H. et al. (compiladores) (1967). La sociología de las profesiones. Argentina: Paidós.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Leite Araujo, MA., Marlina, L., Freitag, P. (2005). Análisis del concepto de ambiente en la teoría humanística de Paterson y Zderad. *Index de Enfermería*, 14 (48-49): 42-45
- Lekeux A. Organització-continguts-pedagogies: Perspectives de la formació en infermeria des d'una òptica europea. En La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona 2004: 21-30.

- Leperlier, G. (1994). La comunicación pedagógica. Técnicas de expresión para el desarrollo. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Lerner, S., Magrane, D. & Friedman, E. (2009). Teaching Teamwork in Medical Education. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 76 (4): 318-329.
- Lester, S. (2013). *Professional competence standars and frameworks in the United Kindom*. Assessment & Evaluation in Higher Education. Recuperado de <http://devmts.org.uk/compstds.pdf>
- Lim, SH., Chan, WCS. & He, HG. (2013). Effect of psychosocial interventions on outcomes of patients with colorectal cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*, 17 (6): 883-891.
- Linde, A. (2009). La educación moral según Lawrence Kohlbert: una utopía realizable. *Praxis Filosófica*, 28 (enero-junio): 7-22.
- Littlejhon, SW. & Foss, K. (2008). Communication theories and scholarship. En: Theories of Human Communication. EEUU: Thomson. (Págs. 1-12)
- López, D.G. (2008). El problema de la subjetividad en la explicación sociológica. *Revista de Estudios sociales*, 31: 72-83.
- López i Villanueva, C. (2002). Perspectives de l'envelliment mundial. *Educació Social*, 22: 31-49.
- Lorenzano, P. (2011). La filosofía de la ciencia y el lenguaje: relaciones cambiantes, alcances y límites. ARBOR, Ciencia, Pensamiento y Cultura.
- Lorenzano, P. (2002). La concepción científica del mundo: El circulo de Viena. Por la Asociación Erns Mach: Hans Hahn, Otto Neurath, Rudolf Carnap. Presentación y traducción de la versión original en alemán [documento colectivo, solo firmado en el prefacio por los citados autores en Viena, Agosto 1929, en representación de la citada Asociación]. *Redes*, 2002, 18: 103-149
- Lunardi, V., Peter, E. y Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enfermería Clínica*, 16 (5): 268-274.
- Llobera, M. (Coord.) (1995). Llobera, M., Hymes, D.H., Hornberger, NH., Canale, M., Widdowson, Cots, JM., Bachman, L., Spolsky, B. Competencia comunicativa. Documentos básicos en la enseñanza de lenguas extranjeras. Edelsa. Grypo Discalia, SA.
- McCabe, C. (2004) Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1): 41-9.
- Makome, I. (2001). Occidente como enfermedad. *Mientras tanto*, 80: 95-100.
- Malagón, LA. (2005). Cambios y conflictos en los discursos político-pedagógicos sobre la Universidad. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 13 (22): 1-21.
- Manojlovich, M., Squires, JE., Davies, B. & Graham, DI. (2015). Hiding in plain sight communication theory in implementation science. *Implementation Science*, 10: 58.
- Marcos-Alonso, J. A. (1995). El conflicto de las clases técnicas, un falso problema. *Quaderns CAPS*, 22, 12-20.
- Marcos-Alonso, J. A. (1970). *El conflicto de las clases técnicas: un falso problema*. Barcelona: Estela.
- Mari-Klose, M. y de Miguel, J.M. (2000). El canon de la muerte. *Política y sociedad*, 35, 115-143.

- Marrero Aguiar, V. (2011). Teorías lingüísticas. En: M.V. Escandell (Coordinadora), *Invitación a la Lingüística*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de Enfermería*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Marrodán (2010). El síndrome del cuidador quemado. En: Álvarez Vélez y Montalvo Jääskeläinen, *La familia ante la enfermedad* (pág. 139-148). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Marroquín, M. y Villa, A. (1995). *La comunicación interpersonal. Mediación y estrategias para su desarrollo*. Bilbao: Mensajero.
- Martín Algarra, M. (2009). La comunicación como objeto de estudio de la teoría de la comunicación. *Anàlisi*, 38, 151-172.
- Martín Arribas, M.C. (2007). Estrés relacionado con el trabajo (modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enfermería Intensiva*, 18 (4): 168-81.
- Martín Asueroa, A., Rodríguez Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A. y Moix Queraltó, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6): 521-528.
- Martín, M. (1998). Los decires y los haceres. *Papers*, 56: 57-71.
- Martín-Moreno, J. y Miguel, A. de (1982). *Sociología de las profesiones en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Martindale, D. (1971). *La teoría sociológica. Naturaleza y Esuelas*. Madrid. Aguilar.
- Massachs, E., Arteman, A., (2007). *La salut dels MIR. Guia per a tutors i professionals dels centres sanitaris docents*. Barcelona: Fundació Galatea.
- Massip, A. y Bastardas A., (eds.) (2014). *Complexica. Cervell, societat i llengua des de la transdisciplinarietat*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Massip A. (2008). Llengua, identitat i cultura: de la cognició a la societat. En A. Massip (ed). *Llengua, Identitat i Globalització. Una perspectiva des de llengües minoritzades*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Massip, A. (2005). La variabilité en langue. Théorie et complexité. En Van Herreweghe & Van Ackrer (ed), *Diachronic change in Germanic and romance languages. Phrasis* (2), 85-99.
- Matthews (1983). The Communication process in clinical settings. *Social Science & Medicine*, 17 (18): 1371-1383.
- Mattelart A. y Mattelart, M. (2003). *Historia de las teorías de la comunicación*. Barcelona: Paidós.
- Mauri Majos T, Colomina Alvarez R, Martinez Taberner C, Rieradevall Sant M (2009). La adquisicion de las comeptencias de autorregulación: Análisis de su concepción y aprendizaje en diferentes estudios universitarios. REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educacio. Universitat de Barcelona. Institut de Ciències de la Educacio.
- May, C. (1990). Research on nurse-patient relationships: problems of theory, problems of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (3): 307-15.

- McCrosKey, J.C., Valencic, K.M. & Richmond, V.P. (2004). Toward a General Model of Instructional Communication. *Communication Quarterly*, 52 (3): 197-210.
- Mead, G.H. (1982). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Mead, G.H. (1932). La génesis del self y el control social. *International Journal of ethics*, 35 (251-277) traducción de Sánchez de Sánchez de la Yncera, I. en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), (1991), 55:165-186.
- Medina, J.L. (2008). De mapas y territorios. Formalización de los saberes profesionales en el currículum. *Revista Rol de Enfermería*, 31 (7-8): 533-536.
- Medina, J.L. (2006). El regreso a la razón. La problemática de la construcción del saber disciplinar a través del diagnóstico de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*, 29 (7-8): 523-536.
- Medina, J.L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Barcelona: Publicacions i Edicions Universitat de Barcelona.
- Medina, J.L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería*, 15: 21-30.
- Medina, J.L. (1999) *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes. Psicopedagogía.
- Melia (2001). Ethical issues and the importance of consensus for the intensive care team. *Social Science & Medicine*, 53 (6): 707-719.
- Mendizábal (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (Págs. 65-105). Barcelona: Gedisa.
- Menéndez Balaña, F.J. (1980). Ciencias de la Conducta. Área 3. Curso Nivelación ATS-DUE. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Ministerio de Universidades e Investigación (Madrid).
- Merton, R.K., Fiske, M. y Kendall, P.L. (1998). Propósitos y criterios de la entrevista focalizada. *Empiria. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1: 215-227.
- Miguel, A. de (2001). Los informes de la universidad no progresan adecuadamente. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 93: 257-264.
- Miguel, J.M. de (2002). La universidad en la sociedad del siglo XXI. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 99: 254-268.
- Miguel, J. M. de, Caïs, J., Vaquera, E. (2001). *Excelencia. Calidad de las universidades españolas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Miguel, J.M. de (1995). "El último deseo". Para una sociología de la muerte en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 109-156.
- Miguel, J.M. de (1978). *Sociología de la Medicina*. Barcelona: Vicens Vives.
- Miller, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, Sep. 65 (9 Suppl): S63-S67.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) (2009). El Proceso de Bolonia 2020. Comunicado de la Conferencia de Ministros europeos responsables de educación superior. Lovaina, 28-29 abril 2009. Recuperado de www.mecd.gob.es

- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2005). Un marco de cualificaciones para el Espacio Europeo de Educación Superior. Grupo de Trabajo de Bolonia sobre Marcos de Cualificaciones, Febrero 2005. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/ministerio/educacion/mecu/normativa/marco-es.pdf?documentId=0901e72b806a6c63>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) (2003). "La integración del sistema universitario español en el espacio europeo de enseñanza superior". Documento marco. Febrero de 2003.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011). La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2011). Sistemas de registro y notificación de efectos adversos. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2011). Plan Nacional de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Área de actuación Excelencia Clínica. Mejorar la seguridad del paciente. Mejorar la atención al paciente. Recuperado de <http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/home.htm>. Actualizado febrero 2010
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Desarrollo de la estrategia nacional en seguridad del paciente 2005-2011. (2011) Madrid. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pnccalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y efectos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Recuperado de http://www.catedradercheygenomahumano.es/images/informes/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación 2008. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud Madrid. Recuperado de

- <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema nacional de Salud. Madrid. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico20072012.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los eventos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Recuperado de http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_estudio_ENEAS.pdf
- Ministerio de Educación y Ciencia (2006) Documento de trabajo. Propuesta Directrices para la elaboración títulos universitarios de grado y master. Diciembre 2006. Recuperado de <http://www.mec.es/multimedia/00002816.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Recuperado de <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/home.htm>
- Mintzberg, H. (2002). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel
- Miranda da Silva, da Silva Lima (2014). Participation of the family in hospital-based palliative cancer care: perspective of nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014 dez; 35 (4):14-9.
- Miró, M^a T. (2006). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia* 66/67. Mindfulness y Psicoterapia. Época II, Volumen XVII - 2^o/3er. Trimestre 2006, Pág. 31-76
- Miro-Bonet, M., Gastaldo, D. y Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos?. Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18 (1): 26-34.
- Mondragón-Sánchez, J., Torre Cordero, E.A., Morales Espinoza, M.L. y Landero-Olivera, E.A. (2015). Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23 (2): 323-8.
- Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chavez, C., Tomas-Sábado, J. & Balaguer, A. (2011). Studies using qualitative methodology have also provided new information that can help in understanding such wishes. *Psicooncología*, 20 (8): 795-804.
- Montalvo-Jääskeläinen, F., Moreno-Alemán, J. y Santamaría-Pastor, M. (2005). Incidencia de la Ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. Nuevas perspectivas legales de la información y la historia. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (2): 100-109.
- Mora Teruel, F. (2013). ¿Qué es una emoción? *ARBOR Ciencia Pensamiento y cultura* (189-759), enero-febrero 1013, A004:1-6.
- Moral, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de investigación educativa*, 24 (1): 147-164.
- Morgado, I. (2007). *Emociones e inteligencia social*. Barcelona: Ariel.

- Morgado, I. (2006). *Emocions i intel·ligència social. Una aliança entre els sentiments i la raó*. Barcelona: Mina.
- Morlans, M. (1995). Apuntes sobre un nuevo modelo de relación médico-enfermo. *Quaderns CAPS*, 22: 61-66.
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, RO., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., Stein, J. (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in paediatric oncology a pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30 (5): 275-84.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria* 44(6): 358-359.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, ML. y Swanson, E. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier Mosby.
- Moreno Parada, (1993). La investigación empírica en ciencias sociales. México. Universidad de Guadalajara. Cuadernos de difusión científica 33
- Morín, E. (sin fecha). Estamos en un titanic. Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Recuperado de www.iadb.org/etica
- Morín, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morín, E. (2002). *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral.
- Morín, E. (2000). *Els 7 coneixements necessaris per a l'educació del futur*. Barcelona: UNESCO.
- Morlans, M. (1995). Apuntes sobre un nuevo modelo de relación médico-enfermo. *Quaderns CAPS*, 22: 61-66.
- Moro Abadía, O. (2006). La sociología como metodología crítica de la ciencia: La historia social de las ciencias sociales de Pierre Bourdieu. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 11, 71-91.
- Moro Abadía, O. (2005). La nueva historia de la ciencia y la sociología del conocimiento científico: un ensayo historiográfico. *Asclepio*, 7 (2), 255-280.
- Moro Ipola, M. y Mezquita Guillamón, L. (2013). Desarrollo y validación de la BECAD, un instrumento de evaluación basado en la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 87: 11-24.
- Morreale, S., Backlund, P., Hay, E. & Moore, M. (2011). Assessment of Oral Communication: A Major Review of the Historical Development and Trend in the Movement from 1975 to 2009. *Communication Education*, 60 (2): 255-278.
- Morreale, Sherwyn P. & Pearson, Judy C. (2008). Why communication Education is Important: The centrality of the Discipline in the 21 st Century. *Communication Education*, 57(2):224-240.
- Morreale, S.P., Osborn, M.M. & Pearson, J.C. (2000). Why communication is important: A rationale for the centrality of the study of communication. *Journal of the Association for Communication Administration*, 29: 1-25.
- Morreale, Sherwyn, Rubin, Rebecca B., Jones, Elisabeth (1998). Speaking and Listening Competencies for College Students. National Communication Association. Washington.

- Moya-Albiol, L., Herrero, N. y Bernal, M.C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Revista de Neurología*, 50 (2), 89-100.
- Moya Nicolás, M., Larrosa Sánchez, S., López Marín, C., López Rodríguez, I., Morales Ruiz, L. & Simón Gómez, A. (2013). Stress perception in Nursing students facing their clinical practices. *Enfermería Global*, (131): 244-253.
- Munné, F. (2007). ¿La explicación del comportamiento humano debe ser lo mas simple posible o lo mas compleja posible?. *Encuentros en Psicología Social* (Universidad de Málaga), 4: 3-10.
- Munné, F. (2004). El retorno de la complejidad y la nueva imagen del ser humano. Hacia una psicología compleja. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (1): 21-31.
- Munné, F. (1995). Las Teorías de la Complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. *Revista Interamericana de Psicología*, 29 (1): 1-12.
- Muñoz, MR; Durán, IM; Álamo, MD et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. Resultados de una investigación. *Revista Paraninfo Digital/IV* (8) <http://www.index-f.com/para/n8/>
- NANDA-International (2013). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. www.prescripcionenfermera.com (Obtenido de Internet 10.2.14)
- NANDA-International (2010). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona. Elsevier
- National Communication Association (NCA), 2010. *NCA, Strategic Plan*. Recuperado de www.natcom.org.
- National Communication Association (NCA), 2010. *NCA, A Code Professional Ethics for the Scholar/Teacher*. Recuperado de www.natcom.org
- National League for Nursing (2010). Nurse educator shortage fact sheet. Febrero 2010. Recuperado de <http://www.ctleaguefornursing.org/upload/files/NurseFacultyShortage.pdf>
- Naudeillo, M., Escola, A., Quera, D., Junyent, J., Amor Fernández, M., Revilla, A., Saiz, N. (2012) Análisis del duelo en una muestra de familiares de pacientes ingresados en una unidad de Cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 19 (1): 10-16.
- Navarro, V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.
- Navarro, V. (2001). Crítica a la sabiduría convencional. El informe de la OMS "WHO Health Systems: Improving performance" y su relevancia en España. *Gaceta Sanitaria*, 15 (5): 461-466.
- Navarro, V. (2001). La economía política del estado de bienestar. *Quardern CAPS*, 30: 41-76.
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En Vasilachis de Gialdino (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 213-237) Barcelona: Gedisa.
- Nerdrum, P. & Rønnestad, M.H. (2002). The Trainees' Perspective: A Qualitative Study of Learning Empathic Communication in Norway. *The Counselling Psychologist*, 30: 609-629.
- Nicol, .J. & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*, 31 (2): 199-218.
- Nieto Blanco, E. y Ramos Calero, O.D. (2000). Evolución del lenguaje enfermo: Evaluación de los diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta. *Metas de Enfermería*, 22: 45-52.

- Nogales Espert, A. y Hernández Martín, F. (2005). Luces y sombras de la profesión de enfermería. Aportaciones de género. *Cultura de los Cuidados*, 2: 21-35.
- Novel, G., Lluch, M^a T., Miguel López de Vergara, M^a D. (1991). *Enfermería Psicosocial II*. Barcelona: Salvat, Editores.
- Nursing and Midwifery Board of Australia (2013). National competency standards for the registered nurse. Melbourne (Australia). [Revisión de edición de 2006]. Recuperado de www.nursingmidwiferyboard.gov.au
- Nussbaum, M.C. y Sen, A. (1998). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OCDE (2015). In It together: Why Less Inequality Benefits All. OECD, Publishing, Paris. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/employment/in-it-together-why-less-inequality-benefits-all_9789264235120-en#page3
- Olivares Faúndez, V. y Gil-Monte, P. (2009). Análisis de las principales fortalezas y debilidades del "Maslach Bournout Inventory" (MBI). Recuperado de www.cienciaytrabajo.com, año 1, núm. 13, julio-septiembre.
- OMS (2014). ¿Cómo define la OMS la salud. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- OMS (2013). Transforming and scaling up health professionals' education and training. World Health Organization Guidelines, 2013. Ginebra (Suiza). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf?ua=1
- OMS, 2013. Rapport sur la santé en Europe 2012. La quête du bien-être. Résumé d'orientation. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Service des Publications. Marmorvej 51. Copenhague, Dinamarca.
- OMS, Banco Mundial (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad (CIF). Ginebra (Suiza)
- OMS (2010) Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for health. World Health Organization, Department of Human Resources for Health, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. Recuperado de http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
- OMS (2009). Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Department of Human Resources for Health. Geneva. Switzerland
- OMS (2009). The European Health Report 2009. Health and Health Systems. Nurses and midwives for the health. A WHO Europe an strategy for nursing and midwifery education. Oficina Regional para Europa. Copenhague. Dinamarca. (EUR/01/5019304). Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf
- OMS (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico Definitivo. Recuperado de http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS, (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud (CIE-10) Décima revisión. (Edición original en inglés de 1994, Organización Panamericana de la Salud, 1995). Washington.
- OMS (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006. Resumen. Organización Mundial de la Salud. Ginebra (Suiza), 2006. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2006/es/>

- OMS (2006). Trabajar en pro de la salud. Presentación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra (Suiza). Recuperado de http://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- OMS (2003). Declaración de Ontario. Ginebra. Suiza [versión divulgativa breve]. Recuperado de www.who.int/hpr/ageing
- Organización Mundial de la Salud (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Ginebra. Recuperado de www.who
- Organización Mundial de la Salud (2002). Servicios de Enfermería y partería. Orientaciones estratégicas 2002-2008. Ginebra. Recuperado de www.who
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Capítulo 3: Resolver los problemas de la salud mental. Capítulo 5: El camino hacia delante. Ginebra. Recuperado de www.who
- OMS (2001). Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Consejo ejecutivo EB109/9 109ª reunión 5 de diciembre de 2001. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81600/1/seb1099.pdf?ua=1>
- OMS (2001). Report on the second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery Education in Europe (EUROP/01/5019304). Regional Office for Europe. Copenhagen. Denmark
- OMS, (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). Ginebra (Suiza)
- Organización Mundial de la Salud. (1998). La enfermería más allá del 2000. Informe Técnico nº842. Ginebra.
- Ong, BN., Rogers, A., Kennedy, A., Bower, P., Sanders, P., Morden, A., Stevenson, F. (2014). Behaviour change and social blinkers? The role of sociology in trials of self-management behaviour in chronic conditions. *Sociology of Health & Illness*, 36 (2): 226-238.
- Ortiz Molina, S. y Sánchez Espejo, R. (2001). Quiero ser Diplomado/a en Enfermería ¿por qué?. *Enfermería Científica*, 236-237: 66-71.
- Ortún, V. (2013). La enfermería en el mundo que viene. *Enfermería clínica*, 23 (2), 45-47.
- Padilla D., Vega FA., Rodríguez Martín CR., López Liria R., Martínez Cortés Mª C., Lucas Ación F. (2011). Intervención de los cuidados paliativos en la atención domiciliaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(5): 219-224.
- Palomar C., Jimenez A., E Barallat., Juvero MT., Pérez E., Canal J., Nabal M., (2009). Satisfacción de los familiares atendidos por un equipo de soporte en un hospital universitario. *Medicina Paliativa* 16(6): 328-333.
- Pardavila MI., y Vivar CG. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva* 23 (2):51-67.
- Pardo Serrano, C. Mallebrera Cañada E. García Meseguer, M.J., Collado M.R., Delicado Useros, MV. (2001). Características de la producción científica en enfermería en la década 1985-1994. *Enfermería clínica*, 11 (2):51-64.
- Pardo, J.L. (2008). La descomposición de la universidad. Recuperado de http://elpais.com/diario/2008/11/10/opinion/1226271612_850215.html

- Parkin, T., de Looy, A., Farrand, P., (2014). Greater professional empathy leads to higher agreement about decisions made in the consultation. *Communication Study. Patient Education and Counseling* 96: 144-150
- Pascual Fernandez, MC. (2014). Información a familiares de pacientes en proceso final de vida en unidades de cuidados intensivos. Evaluación por parte de las enfermeras. *Enfermería Clínica*, 24(3):168-174.
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education. A critical review. *Medical Teacher* 32: 593-600
- Perea-Baena, JM. y Sánchez-Gil, LM. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3): 164-168.
- Pérez Gómez, M. A. (2001). Medicina humanitaria: una cuestión de principios. *Revista Española de Salud Pública*, 75: 183-186.
- Perrow, Ch. (1991). *Sociología de las organizaciones*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Peya Gascons, M. (Entrevista), (2003). Infermeria: 25 anys d'escola. Rev. *La Universitat* (any VII) nº 23 Març, pp.18-19.
- Pita, R. (1998). Plan de estudios de enfermería. Perspectivas actuales. *Enfermería Intensiva* 9(90): 42-44. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-plan-estudios-enfermeria-perspectivas-actuales-13008766>
- Poblete, M. (2006). Las competencias, instrumento para un cambio de paradigma. Investigación en Educación Matemática. Actas del X Simposio de la Sociedad Española de Investigación en Educación Matemática. Huesca, pp. 83-106. Recuperado de www.uco.es/informacion/webs/seiem
- Polit, D. Hungler, B. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: Interamericana. Mc Graw Hill.
- Polo Cano, N., Escandell Vidal, MV. (2011). Bases metodológicas de la investigación lingüística. En: Escandell, M.V. (Coordinadora). *Invitación a la Lingüística*. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid. (Págs. 376-386).
- Pool- Cibrián, WJ., Martínez Guerrero, JI. (2013). Autoeficacia y uso de estrategias para el aprendizaje autorregulado en estudiantes universitarios. REDIE. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15 (3): 21-37. Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-pool-mtnez.html>
- Pudlinski, Ch. (2006). Doing empathy and sympathy: caring responses to troubles telling on a peer support line. *Discourse Studies*, 7(3): 267-288
- Puig Llobet, M., Sabater Mateu, MP. y Rodríguez Avila, N. (2012). Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta Digital*, nº 54, julio, agosto, septiembre. Recuperado de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuiglob.pdf>
- Querejeta, M. (2009). Las herramientas de la salud en el siglo XXI: CIE/CIF. *Revista Española de Salud Pública*, 83:771-773.
- Radl, R. (1998). La teoría del actuar comunicativo de Jurgen Habermas: un marco para el análisis de las condiciones socializadoras en las sociedades modernas. *Papers*, 56: 103-123.

- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales. Universitat de Barcelona. (Tesis Doctoral. Direcció: Carmen Domínguez-Alcon).
- Ramió, A. Domínguez-Alcon, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexión en el caso de enfermería. *Revista Rol de enfermería* 26(6):482-486.
- Ramos, F., de Castro, R., Galindo, A. y Fernández Valladares, M.J. (1998). Síndrome de desgaste profesional (burnout). *Burnout Syndrome. Mapfre Medicina*, 9 (3):189-196
- Ramos N.S., Hernandez, S.M., Blanca, M.J. (2009). Efectos de un programa integrado de mindfulness e inteligencia emocional sobre las estrategias cognitivas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 15(2-3):207-216.
- Ramos Morcillo, A.J. (2005). Sintiendo el ser humano. Interpersonal aspects of nursing, Joyce Travelbee. *Index de Enfermería* 51:80.
- Ramos Sánchez, A. (2010). Cuidar al final de la vida en: La familia ante la enfermedad. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. Capítulo 8, pp. 191-201
- Rebeiro, G., Edward, K.L. Champman, R. Evans, A. (2015). Interpersonal relationships between registered nurses and student nurses in the clinical setting-A systematic integrative review. *Nurse Education Today*, Jun 24 pii, S0260-6917(15) 00264-6, (en prensa).
- Redolar, D. (2014). *Neurociencia cognitiva*. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid
- Redondo, P. (1999). Heidegger ante la fenomenología de Husserl. *Contrastes. Revista Interdisciplinar de Filosofía*. Vol IV: 113-131.
- Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008). Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1
- Registered Nurses' Association of Référentiel Européen de Compétences en Soins Infirmiers. Projet CRESI. (2008). Editeur responsable: Henam, AL. Dépôt légal: D/2008/11.661/1. Recuperado de http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/0_CRESI_Farde.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Association des Infirmières autorisés de l'Ontario (2002-a). Atención orientada al paciente. (Actualizado, 2006). [versión española, colaboración Investen, Madrid, España]. Recuperado de <http://rnao.ca/>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Association des Infirmières autorisés de l'Ontario (2002-b). Guía de buenas prácticas en enfermería. Atención y apoyo a las familias ante circunstancias previsibles e inesperadas. (Actualizado, 2006). [versión española, colaboración Investen, Madrid, España]. Recuperado de <http://rnao.ca/>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Association des Infirmières autorisés de l'Ontario (2002-c). Establecimiento de la relación terapéutica [versión española, colaboración Investen, Madrid, España]. Recuperado de <http://rnao.ca/>
- Reichl L., Schechter R.& Sudarshan, G. (2010). Ilya Prigogine. In Memoriam. Recuperado de <http://www.utexas.edu/faculty/council/2003-2004/memorials/prigogine/prigogine.html>
- Restrepo, HE., Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: como construir una vida saludable Pan American Health Organization.

- Ribes, E. (1993). La practica de la investigación científica y la noción de juego de lenguaje. *Acta Comportamental*. 1(1): 63-83.
- Rich-Ruiz, M. (2011). Acciones instrumentales, comunicativas y estratégicas. Una descripción de la práctica enfermera desde la teoría crítica. *Enfermería Clínica*, 21 (4): 189-195.
- Rico R, Alcover de la Hera CM, Tabernero C (2010). Efectividad de los equipos de trabajo, una revisión de la última década de investigación (1999-2009). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organización*, 26 (1):47-71.
- Riesco A. (2005). La globalización económica. Incidencia en las relaciones sociales y económicas. *Política y Sociedad*42(2):201-206.
- Rigol Cuadra, A. (2003). Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino. *Cultura de los Cuidados*. 14: 21-26.
- Rigol Cuadra, A.; Ugalde Apalategui, M. (1999). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Masson, España. ISBN 84-458-0946-6.
- Rincón, J.C. (2005). El problema universitari al període prodemocràtic segons Aranguren: anàlisi socio-històric. *Temps d'Educació*25:395-415.
- Rios Risque MI., Peñalver Hernández, F. y Godoy Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4): 169-78
- Rodríguez-San Pedro, LE. Las universidades hispanas en su contexto histórico. Recuperado de <http://www.universia.es/info-general/historia/historia-universidad>
- Roche. R. (2004): *Inteligencia prosocial. Educación de las emociones y valores*. Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions. Barcelona
- Roche, R. y Sol, N. (1998). *Educación Prosocial de las emociones, valores y actitudes positivas*. Para adolescentes en entornos familiares y escolares. Blume. Barcelona.
- Roche R (1996). Comunicación de calidad en la pareja y en las relaciones interpersonales. *Revista de Psicoterapia*. VII (28): 9-27.
- Roche, R. (1995). *Psicología y educación para la prosocialidad*. Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions. Barcelona
- Rodrigo Alsina, M. (2005). Modelos de la comunicación. Aula Abierta. Lecciones Básicas. Portal de la comunicación. INCOM. Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de http://www.portalcomunicacion.com/esp/aab_lec.asp
- Rodrigo Alsina, M. (2001). *Teorías de la comunicación. Ámbitos, métodos y perspectivas*. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, València: Universitat de València.
- Rodríguez Díaz, J.A. y C. Bosch J.LL. (2005). Infermeres avui: com som i com voldríem ser. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Universitat de Barcelona. Recuperado de <http://www.coib.org>
- Rodríguez Díaz, J.A. (1996). Canvi social: la professió medica davant dels reptes d'una nova societat. Quinzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Llibre de Ponències, Págs. 149-156
- Rodríguez Díaz, J.A. (1994). Envejecimiento y familia. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas.

- Rodríguez Díaz, J.A. y Guillen, M. (1992). Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), 59: 9-18
- Rodríguez Díaz, J.A., Miguel, J.M. de (1990). *Salud y Poder*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- Rodríguez Díaz, J.A. (1987). Estructura de la profesión médica española. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), 39: 141-166.
- Rodríguez Díaz, J.A. (1981). El poder medico desde la Sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), 14: 95-112.
- Rodríguez Gómez, S., de la Fuente Robles, N., Casado Mora, M.I., Ayuso Fernández, M. (2015). La prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud: ¿realidad o ficción?, *Enfermería Clínica* 25(3):107-109.
- Rodríguez Martín, C. (2003). *Sociología y Psicología de la empresa*. Valladolid: Ámbito.
- Rodríguez Moreno, M.L., Serreri, P., Del Cimmuto, A. (2010). *Desarrollo de competencias: Teoría y Práctica*. Laertes, Barcelona, 2010.
- Roigé A., Blasco R.M., Novel, V., Valls, R. (2010). Els ensenyaments d'Infermeria. Capítol 15, pp 152-159. En La Universitat de Barcelona: libertas perfundet omnia luce: Història dels Ensenyaments (1450-2010). Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona.
- Roman Maestre, B. (2013). Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa*, 20(1): 19-25
- Romeu Labayen, M; Ramal Márquez, AP. Técnica de "conciencia plena" (*mindfulness*) en la práctica enfermera de salud mental (2009). *Revista Presencia* 5 (10). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n10/p0153.php>
- Roselló, G. (2004). Perspectives europees de la formació universitària d'infermeria. En Teixidor M (Dir.) La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona. Págs. 17-20.
- Royal College of Nursing (UK) (2011). RCN Competences. Finding, using and managing information. Nursing, midwifery, health and social care information literacy competences. London. Consultado en Internet, 28.8.14
- Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L.A y Barrios Blasco, L (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. *Enfermería Clínica*. 21(3):136-142
- Ruiz Moral, R., Peralta Munguía, L., Pérula de Torres, L.A., Gavilán Moral, E., Loayssa Lara J.R. (2010-a). Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: Una herramienta para su medición. *Atención Primaria* 42 (5): 257-265.
- Ruiz Moral, R. (2010-b). Modelos de comunicación clínica. Recuperado de <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicaci%C3%B3n-Cl%C3%ADnica.pdf>
- Ruiz Moral, R. (2007). Naturaleza y repercusiones practicas de la relación clínica. Características esenciales y consecuencias educativas. *Jano*. Humanidades Médicas. 15-21 Junio, nº 1656. www.doyma.es/jano

- Ruiz Moral, R. (2004). *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. 1ª ed. Barcelona semFYC-ediciones.
- Ruiz Olabúenaga, JI., Aristegui, I., Melgosa, L. (1998). *Como elaborar un proyecto de investigación social*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Ruiz Ruiz, J. (2014). El discurso implícito: aportaciones para un análisis sociológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(REIS), 146: 171-190.
- Rung-Fen Feng & Yun-Fang Tsai (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2064–2071
- Rutherford, M. (2008). "Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 13 No. 1.
- Sabater, MP., Garrido E. M^a, Puig, M., Vilchez, M.C., Moreno, A., Coletas, J. (2015). Retroalimentación docència-assistència-docència. Estudio sobre *burnout* en enfermeras de salud mental como estrategia de innovación y calidad docente. RIDU. *Revista d'Innovació Docent Universitària*, núm. 7, Págs.1-14. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/RIDU>
- Sabater, MP.; Lluch, M^aT. (2015) Comunicació terapèutica i relació amb l'equip de salut. Grau d'Infermeria. Estadés Clíniques I. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/65908>
- Sabater MP; Amador J A; Honrubia M; Isla MP; López Matheu C; Lluch MT; Olivé MC; Pardo A; Puig M; Rigol A; Rozas MR; Sánchez Zaplana I; Valls R (2011) Rubrica treball en equip. Competència transversal (CT) en el Grau d'Infermeria. Publicado 9 diciembre 2011. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/21062>
- Sabater, MP., Rigol, A. (2007). El estigma en la salud mental: un reto para el siglo XXI. *Revista Rol de Enfermería*(1998), 30(11): 736-748.
- Sabater Mateu, M.P. (2007). Formación enfermera en competencias específicas y referentes teóricos. Una visión contrastada. *Agora de Enfermería*, 11(3):1-10.
- Sabater Mateu, MP; López Cortacans, G. (1998). Demencias: impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador, *Revista Rol de Enfermería*, 243: 21-26.
- Schleicher, A. (2003). L'avaluació de les competències de l'alumnat. PISA 2000: Dades sobre la qualitat i l'equitat del rendiment educatiu. Unitat de CD-ROM. Congrés de competències bàsiques. Barcelona, 26 i 27 de juny. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament. Coordinació Consell Superior d'Avaluació del Sistema Educatiu.
- Sacristán, J.A. (2013). Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Revista Clínica Española*, 213 (9): 460-464
- Salas, R. (2006). El mundo de la vida y la fenomenología sociológica de Schütz. Apuntes para una filosofía de la experiencia. *Revista de Filosofía*, 15:167-199
- Salzberg S. y Kabat-Zinn J. (2010). La atención vigilante como medicina. En Goleman, D (2010). La salud emocional. Conversaciones con Dalai Lama sobre la salud, las emociones y la mente. Kairós. Barcelona, Págs. 123-164.
- Sánchez Alonso P., Sierra Ortega, V.M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 33: 252-266
- Sánchez de la Yncera, I. (1991). Interdependencia y comunicación. Notas para leer a G.H. Mead. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), 55:132-164.

- Sánchez, L. y Campos, M. (2009). Le teoría de la comunicación: diversidad teórica y fundamentación epistemológica. *Diálogos de la Comunicación*, nº 78, enero-julio Págs. 1-12.
- Sánchez-Caro, J., Abellán, F. (2003). Derechos y deberes de los pacientes (Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas). Granada. Derecho Sanitario Asesores, Madrid. Recuperado de http://www.fundacionsalud2000.com/system/attachments/2351/original/MONOGRAFIA_10.pdf?2013-07-01%2016:14:34%20+0200
- Sanmartín, R. (2003). *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Barcelona: Ariel.
- Santana Cabrera, L. y Sánchez Palacios, M. (2010). La presencia del familiar en el momento del fallecimiento mejora la calidad del morir en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 21(2): 83-84.
- Santana, L., Yáñez, B., Martín, J. et al. (2009). Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 19(6)335-339.
- Sarrado, J.J., Clèries, X., Solà Pola, M. (2011). *Aprender en entornos sanitarios. Un reto saludable para usuarios y profesionales*. Viguera. Barcelona
- Sayós i Santigosa R. (Coord) (2013). Alsina Masmitja J, Boix Tomas T, Buset Burillo, Busca Donet F, Casanellas Chuecos M, Medir Tejado LL, Pujolà Font JT, Sayos Santigosa R, Solà Català M, Tilló Barrufet T. Competències transversals a les titulacions de Grau de la Universitat de Barcelona. Orientacions per al seu desenvolupament. ICE y Ediciones Octaedro, SL. Barcelona.
- Segura, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28 Supl 1:7-11
- Serrano, S. (2000). *Comprender la comunicació*. 3ª Ed. Barcelona: Proa.
- Severiano, M.F. y Alvaro Estramiana, J.L. (2003). Sociedad moderna y sociedad mundial. En Álvaro Estramiana, J.L. (editor). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*, Editorial UOC. Págs. 297-331
- Sevilla Miguélez, L., García Ordorica, R., (1993). La entrevista como forma de comunicación. Cuidados y Comunicación. La comunicación como fundamento del cuidado enfermero. XIV Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Burgos 1-3 diciembre. Págs. 387-397.
- Shanta, L., Gargiulo, L. (2014). A study of the influence of nursing education on development of emotional intelligence. *Journal of Professional Nursing*, Junio 2014 (en prensa prueba corregida). Disponible en línea 11 junio 2014.
- Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6): 714-722
- Sherring, S. & Knight, D. (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20): 1234-1240.
- Schrodt, P., Witt, P.L., Turman, P.D., Myers, S.A., Barton, M.H. & Jernberg, K.A. (2009). Instructor Credibility as a Mediator of Instructors' Prosocial Communication Behaviors and Students' Learning Outcomes. *Communication Education* 58 (3):350-371
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J. &

- Wingenfeld, K. (2009). Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16: 225–233.
- Shütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social*. Barcelona. Paidós.
- Sheldon, LK., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (2): 141-7.
- Sierra Bravo R. (1994). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica*. Madrid: Paraninfo
- Sierra Bravo, R. (1983). *Ciencias sociales. Epistemología, Lógica y Metodología*. Madrid: Paraninfo
- Siew Hoon Lim, A Sally Wai-Chi Chan, Jiunn Heng Lai & Hong-Gu Él, (2015). A randomized controlled trial examining the effectiveness of a STOMA psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 71(6): 1310-1323.
- Siles, J. (2011). *Historia de la Enfermería*. Difusión Avances en Enfermería. Ediciones DAE, Grupo Paradigma. Madrid.
- Siles, J. (2008). Historia de la Enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, 24: 5-6.
- Siles, J. (2004). La construcción social de la historia de Enfermería. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista47_articulo_7-10.php
- Sisk, R. (2011). Team-Based Learning: A systematic Research Review. *Journal of Nursing Education*, 50(12): 665-669
- Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Volumen 29, suplemento 3: 29-40.
- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia* 66/67. Mindfulness y Psicoterapia. Epoca II, Volumen XVII - 2º/3er. Trimestre 2006, Pág. 5-30
- Snyder, JL. (2012). Extending the Empathic Communication Model of Burnout: Incorporating Individual Differences to Learn More about Workplace Emotion. Communicative Responsiveness, and Burnout. *Communication Quarterly*, 60 (1): 122-142
- Spitzberg, BH. (with assistance Adams III, T.W.) (1995). The conversational skills Rating Scale (CSRS). An Instructional Assessment of Interpersonal Competence. School of Communication San Diego State University. NCA. Diagnostic Series (Pág. 50-53).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2013). Competencias enfermeras en cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), Madrid.
- Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria (SEDAP) (2009). Atención Primaria de salud: Nuevos retos, nuevas soluciones. Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Madrid. Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/resources/files/2011/8/29/1314603932511aprimariapdf.pdf>
- Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000. Checklist para definición de problemas. Recuperado de <http://fundacionlatinoamericanaparalacalidad.bligoo.com/>

- Sola, A., Martínez Benloch, I., Meliá, J.L. (2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de Psicología*, 2003, 34 (1), 101-123.
- Souvirón, J.M. La universidad española. Claves para su definición y régimen jurídico institucional. Valladolid: Publicaciones Universidad de Valladolid; 1989.
- Stevenson, J. (1996). The metamorphosis of the construction of competence. *Studies in Continuing Education*, 18(1), 24-42
- Street, AF., Wakelin, K., Hordern, A., Bruce, N., Horey, D. (2012). Dignity and Deferral Narratives as Strategies in Facilitated Technology-Based Support Groups for People with Advanced Cancer *Nursing Research and Practice*, Article ID 647836, 7 pages
- Suarez, A.G. y Vega Mayrim (2003). Métodos morfométricos para detectar diferencias estructurales entre cerebros. *Revista CENIC Ciencias biológicas*, 37 (4): 255-261
- Tardif, J. (2008). Desarrollo de un programa de competencias: De la intención a su implementación (Développer un programme par compétences: de l'intention à la mise en oeuvre). *Profesorado. Revista de curriculum y formación de Profesorado*, 12 (3): 2-16.
- Tazón, P. (2011). Facultades *versus* escuelas de enfermería. *Enfermería clínica*, 21(3): 125-126.
- Tazón Ansola, M^a P., García Campayo, J., Asenguinolaza Chopitea, L. (2000). *Relación y comunicación. Difusión y Avances de Enfermería*. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Madrid.
- Teixidor M (Dir.) La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona 2004.
- Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J.C, Cebolla A., Portella, M.J., Trujols, J., Soriano, J., Pérez, V. y Soler, J. (2014). Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*(Barc.) 7(4): 157-165.
- Tembo, AC., Higgins, I. Parker, V. (2015). The experience of communication difficulties in critically ill patients in and beyond intensive care: Findings from a larger phenomenological study. *Intensive & Critical Care Nursing* 31 (3): 171-178.
- Thierney, A. (2004). La importància de l'ensenyament i la formació en investigació per a la formació infermera a Europa. En Teixidor M (Dir.) La formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional. Fundació La Caixa. Barcelona, 61-78.
- Thomas, HK. (2011). Student Responses to Contemplative Practice in a Communication Course *Communication Teacher*, 25(2):115-126.
- Thorne, SE., Ternulf Nyhlin, K. Paterson, BL. (2000). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37 (4): 303-11
- Tizón García, JL. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contranferencia. *Atención Primaria*, 39(2):93-7.
- Tobón, S. (2006). Competencias en la educación superior. Políticas hacia la calidad. Bogota: ECOE Ediciones.
- Tobón, S. (2006). Aspectos básicos de la formación basada en competencias. Talca: Proyecto Mesesup. Recuperado de http://maristas.org.mx/gestion/web/doctos/aspectos_basicos_formacion_competencias.pdf

- Topping, A. (2008). El espectro continuo cuantitativo-cualitativo. En: Gerrish K. y Lacey, A., Investigación en enfermería. Mc Graw Hill, Pág.157-172.
- Torralba F. (2006). Ética del cuidar. Institut Borja de Bioètica. Fundació Mapfre Medicina. Barcelona
- Torralba, F. (1998). Antropología del cuidar. Institut Borja de Bioètica. Fundació Mapfre Medicina. Barcelona
- Torrelles, C., Coiduras, J., Isus, S., Carrera, F.X., Paris, G. y Cela, J.M. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. Profesorado. *Revista de currículum y Formación de Profesorado*, 15(3): 329-344
- Trepal CA., Prats, J. (2004). Técnicas y recursos para la elaboración de tesis doctorales: bibliografía y orientaciones metodológicas. Barcelona. Departament de Didàctica de les Ciències Socials. Universitat de Barcelona.
- Tripodoro, VA., Luxardo, N., Veloso, V., Pérez, M., Martín Roselló, M., de la Ossa Sendra, MJ., Vidal, F., Hannam, S., Cazorla, R., Rodríguez, MR., Arranz de la Torre, A. y de Simone, G. (2015). Implementación del *Liverpool Care Pathway* en español en Argentina y España: exploración de las percepciones de los profesionales ante el final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(3): 84-99).
- Turabian Fernández, JL. y Pérez Franco, B. (2014). Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades. *Semergen*, 40(2):65-72.
- Turabian Fernández, JL. y Pérez Franco, B. (2012). Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Atención Primaria*, 44(4):232-236.
- Turabian Fernández, JL. y Pérez Franco, B. (2009). ¿Pueden los peces vivir fuera del agua? Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en Medicina de Familia. *Atención Primaria*, 41(11):629-632.
- Turabian, JL. (2009). La historia de cada paciente es un texto que se lee. Recuperado de www.jano.es
- Turner, B. (1999). Profesiones, conocimiento y poder. En: De la Cuesta Benjumea C. Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; Pág. 187-222.
- Ulla, S., Arranz, P., Argüello, MT., Cuevas. C. (2002). Dificultades de comunicación percibidas por profesionales de enfermería en un hospital general. *Enfermería clínica*, 12 (5), 217-23.
- Universitat de Barcelona (UB). (2014). Informe del Grup de Treball de Competències Transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerectorat de Política Docent (Coordinación: Dra. Elena Cano).
- Universitat de Barcelona (UB). (2009). Memoria para la verificación del Título de Grado Graduado o Graduada en Enfermería por la Universitat de Barcelona (Documento interno).
- Universitat de Barcelona. Escola d'Infermeria. Presentació. Recuperado de <http://www.ub.edu/infermeria>
- Universitat de Barcelona (UB). (2008). La UB dins l'espai europeu d'educació superior. Projecte Grau UB090909. Línies Generals d'actuació. Recuperado de <http://www.ub.edu/ub/europa/welcome.htm>
- Universitat de Barcelona (UB). (2008). Competències transversals de la Universitat de Barcelona. Vicerectorat de Política Docent, Universitat de Barcelona. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Utor, L. (2007). Capacitación de Enfermería en Cuidados Paliativos, *Medicina Paliativa*, (14):100-103

- Valentín, R., Saiz F., Cobián M., Rivas M., Alonso M., (2012). Expresión anticipada de voluntades: actitud y conocimiento de los ciudadanos. *Medicina Paliativa*, 19 (4): 139-143.
- Valverde, C. (2007). Comunicación terapéutica en enfermería. Difusión Avances de Enfermería. Madrid.
- Valles, M. S. (2007). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Madrid. Nº 32.
- Valls, R. (2007). Historia de la professió d'Infermeria. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Idea Educación. Idea Books, S.A. Barcelona.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa
- Velarde-Jurado, E., Ávila, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México*. Vol. 44 (5),448-463.
- Venanzi, A. de (1990). La sociología de las profesiones y la sociología como profesión. Venezuela: Universidad Central de Caracas.
- Vilà Falgueras, Maite; Cruzate Muñoz, Carlota; Orfila Pernas, Francesc; Creixell Sureda, Joan; González López, María Pilar y Davins Miralles, Josep (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria* 47(1):25-31.
- Villegas Besora, M. (1986). La Psicología Humanista: historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, núm. 34(1): 10-45.
- Warnock, C., Tod, A., Foster J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (7):1543-1555
- Watzlawick P., Bavelas J. y Jackson, D. D. (1987). Teoría de la comunicación Humana. Barcelona. Herder.
- Watzlawick P. (2003). *¿Es real la realidad?. Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona, Herder.
- Whatling, T. (2013). Mediación: habilidades y estrategias. Guía práctica. Narela, S.A. de Ediciones, Madrid.
- White L. (2014). Mindfulness in nursing: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70(2): 282–294
- White. M., Epston, D. (2008). Medios narrativos para fines terapéuticos. Paidós Terapia Familiar. Barcelona: Paidós.
- Wilkinson S., Perry, R., Blanchard, K. (2008). Effectiveness of a three-day communication skills course in changing nurses' communication skills with cancer/palliative care patients: a randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 22: 365-375
- Wilkinson S., Roberts A., Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. 1998. *Palliative Medicine*, 12 (1): 13-22.
- Winkin, Y. (1994). *La nueva comunicación*. Barcelona: Kairós.

- Xi Vivien Wu, Karin Enskar, Cindi Ching Siang Lee, (2015). A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 35 (2015): 347-259.
- Xyrichis, A. & Ream, E. (2008) Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2):232-241
- Yafei Tan, Qinglin Zhang, Wenfu Li, Dongtao Wei, Lei Qiao, Jiang Qiu, Glenn Hitchman, Yijun Liu (2014). The correlation between Emotional Intelligence and gray matter volume in university students. *Brain and Cognition*, 91 (2014): 100-107.
- Yanguas, J.J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Colección Estudios. Serie Personas Mayores nº 11002. Catálogo general de Publicaciones Oficiales. Recuperado de <http://publicaciones.administracion.es>
- Yu & Kirk (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5): 440-454
- Yurss, I. (2001). La comunicación: hacia una mejor relación con los ciudadanos del sistema sanitario. Presentación. *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 24, suplemento 2: 5-6
- Zaforteza, C., Garcia Mozo, A., Amoros Cerda, S.M., Perez Juan, E., Maqueda Palau, M. y Delgado, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 23(3): 121-131
- Zaforteza, C., García Mozo, A., Quintana R., Sánchez Calvin C., Abadia E. y Miró J.A. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares ¿Que opinan los profesionales?. *Enfermería Intensiva*, 21(2): 52-57
- Zaforteza, C., Sánchez, C., Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva* 2008;19 (2):61-70.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P., de Pedro Gómez, J.E. y Lastra, P. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*, nº 3, Marzo: 1-7.
- Zaforteza, C., de Pedro Gómez, J.E., Gastaldo, D., Lastra, P., Sánchez-Cuenca, P. (2003). ¿Que perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?, *Enfermería Intensiva* 14 (3):109-119.
- Zaki, Jamil (2014). Empathy: A motivated account. *Psychological Bulletin* 140(6):1608-1647
- Zupiria Gorostidi, X., Uranga Iturriotz, M.J., Alberdi Erize, M.J., Barandiaran Lasa M. (2002). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta Sanitaria* 17(1):37-51

Legislación

- Real Decreto 1027/2011, de 15 de julio, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior. Boletín Oficial del Estado (BOE), Núm. 185, 3.8. 2011, pp. 87912-87918.

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE Nº Núm. 225,16 de septiembre Pág. 78742 y ss.

Real Decreto 861/2010, de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 161, 3.07.2010, pp. 58454-58468.

Ley 28/2009 de 30 de diciembre (BOE núm. 315: 112036 y ss.), de modificación de la Ley 29/2006 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. DOGC 5495,30.10.2009: 81070 i ss.

Decreto 307/2009 de 21 de julio, BOJA núm. 151. Pág. 11 y ss., 5 de agosto de 2009) por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Publico de Andalucía

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado (BOE) 174, 19 de julio 2008, pp. 31680-31683.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Ministerio de Educación y Ciencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 260, de 30 de octubre de 2007, núm. 18770: 44037-44047.

Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. (BOE Nº 89, 17 abril 2007: 16241 y ss.)

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril (BOE nº 108 de 15 de mayo), sobre Especialidades de Enfermería

Real Decreto 55/2005 de 21 de enero, BOE núm. 21 por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado

Real Decreto 56/2005 de 21 de enero, BOE núm. 21 por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado

Ley 55/2003 de 16 de diciembre (BOE nº 301 de 17 de diciembre de 2003) del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (BOE nº 280 de 22 de noviembre).

Real Decreto 1125/2003 de 5 de septiembre, BOE núm. 224 por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional

Real Decreto 1044/2003 de 1 de agosto, BOE núm. 218 por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128 de 29 de mayo)

Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre)

Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería (BOE nº 269 de 9 de noviembre)

Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els Drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica. Diari oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) nº 021/2000. Publicat 11 de gener de 2001, núm. 3303.

Resolución de 15 de junio de 1995 de la Universidad de Barcelona, por la que se hace pública la adaptación del plan de estudios de la Diplomatura de Enfermería de esta Universidad al Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio.

Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado Universitario en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. Ministerio de Educación y Ciencia BOE-A-1990-27919.

Real Decreto 992/1987 de 3 de julio (BOE nº 183 de 1 de agosto) por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista

Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.

Ley General de Sanidad (LGS) 14/1986 de 25 abril (BOE 102 de 29 de abril 1986: 10499)

Orden por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería, BOE –A- 2128/1977-28232 núm. 283 de 26 de noviembre de 1977, págs. 25987 y ss.

RD 2128/1977 de 23 julio sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería (BOE núm. 200, de 22 de agosto de 1977, páginas 18716 a 18717).

Orden por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. (BOE –A-1977-28232, núm. 283 de 26 de noviembre de 1977, pág. 25987 a 25989).

Orden de 4 de julio 1955. Ministerio de Educación Nacional. BOE 2 de agosto de 1955. Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para la nueva organización de sus estudios.

Organismos consultados:

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Curs Salut i Humanisme. segunda edición (de enero a mayo de 2015) Consultado en Internet: 5.X.14:
http://www.academia.cat/activitat?id_activitat=8428

American Academy on Communication in Healthcare (AACH). Recuperado de
<http://www.aachonline.org/>

American Nurses Association (ANA). Historia. Consultado Internet 29.8.14:
<http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/History>

Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE). Obtenido 1.5.15: <http://www.aentde.com>

Australian College of Nursing. Colegio de Enfermería de Australia. Recuperado de
<http://www.acn.edu.au/>

College of Nurses of Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIIO) (2009). Professionals Standards, Revised 2002. www.cno.org

Canadian Association of Schools of Nursing (CASN)/ Association Canadienne des Écoles de Sciences Infirmières (ACESI). Recuperado de <https://www.casn.ca>

Canada Nurses Association (CNA). Recuperado de <http://cna-aiic.ca/>

Centro Virtual Cervantes. Principio de cooperación de Grice. Recuperado de http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/principiocooperacion.htm

College of Nurses of Ontario (CNO). Ordre des Infirmières et des Infirmiers de l'Ontario (OIIIO) (2009). Professionals Standards, Revised 2002. Recuperado de www.cno.org

European Association for Communication in Healthcare (EACH). Recuperado de <http://www.each.eu/>

Educational Testing Service (ETS). Recuperado de <https://www.ets.org/>

Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. <http://www.ub.edu/infermeria/es/>

Hospital de Viladecans <http://www.viladecanshospital.cat/>

Illinois Society for Advanced Practice Nursing (ISAPN). Recuperado de <http://www.isapn.org/?WhatisanAPN>

National Communication Association (NCA). Recuperado de www.natcom.org

Nursing and Midwifery Board of Australia. Recuperado de <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/>

Observatorio Comunicación y Salud (OCS) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado de <http://www.portalcomunicacion.com/>

Ontario Nurses' Association (ONA). Recuperado de <http://www.ona.org/>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), Association des Infirmières autorisés de l'Ontario. Recuperado de <http://rnao.ca/>

Universidad de los Pacientes. Recuperado de: www.webpacientes.org/fep www.universidadpacientes.org

ANEXOS

ANEXO 1

EDAD:	SEXO:	DNI (solo 4 últimas cifras):	DISTRITO POSTAL:
TIPO PRACTICUM: <i>Introdutorio – Hospitalario - Comunitario – C. Especiales</i>			
GRUPO:	PERIODO:		
HOSPITAL O CENTRO:	SERVICIO:		

1. Prácticas iniciadas e interrumpidas (no las he podido terminar por causas personales) SI

En el período de prácticas que has terminado o estás finalizando, *¿que te ha preocupado más?* (Contesta todos los apartados dando un valor de 0 a 10, donde 0 equivale "no me ha preocupado nada" y 10 equivale a "me ha preocupado mucho")

2. No saber realizar bien algunas técnicas o faltarme conocimientos.....
3. Sentirme insegura/o ante la complejidad del hospital o servicio
4. Sentirme insegura/o ante el equipo por mi inexperiencia.....
5. Encontrarme con unas enfermeras que no me ayuden.....
6. Que un paciente se agrave y pueda morir.....
7. Que me encuentre sin saber que debo decir a la familia del paciente si este muere.
8. No saber explicarme bien con el paciente o con su familia.....
9. No tener claro el limite de hasta donde llegar en la relación terapéutica.....
10. Que pueda ver mucha sangre y heridas graves.....
11. Que me de cuenta de que me he equivocado de profesión.....
12. Encontrar trabajo cuando termine.....
13. Que los problemas que arrastro de antes me dificulten poder cuidar bien.....
14. Que al ser la/el último en llegar me toque hacer lo que los otros quieren.....
15. Encontrarme sola/o, desanimarme y no atreverme a consultar.....
16. Que con tan poco tiempo de prácticas me quede demasiado por aprender.....
17. Que no hay una profesora más tiempo para resolver los conflictos con ella.....
18. Terminar la carrera y poder independizarme.....
19. Perder los nervios y contestar mal a cualquiera.....
20. Que me den mucho trabajo o muchas cosas a la vez.....
21. Equivocarme al dar la medicación.....
22. Anota otros aspectos que tu consideres
23.
24.
25.

A. Indica por favor, **cosas buenas**, que te han pasado durante las prácticas y puntúalas de 1 a 10 (donde 1 es algo buena y 10 es buenísima)

PUNTOS

- A.1.....
- A.2.....
- A.3.....
- A.4.....
- A.5.....

B. Indica por favor, **cosas malas** que te han pasado durante las prácticas y puntúalas de 1 a 10 (donde 1 es algo mala y 10 es malísima)

PUNTOS

- B.1.....
- B.2.....
- B.3.....
- B.4.....
- B.5.....

C. Si estuviera en tu mano, **¿qué harías tu para mejorar o evitar esas cosas malas?**

- A.1.....
- A.2.....
- A.3.....
- A.4.....
- A.5.....

Por favor, contesta cada una de las preguntas siguientes, pero déjala en blanco si algún tipo de situación o paciente de los indicados no la has visto o vivido. Muchas gracias.

Durante tu prácticas (solo me refiero al **período que has finalizado** o finalizarás ahora):

1. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad **relacional global** que has tenido al atender a los **enfermos/ pacientes/ clientes/usuarios**?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

2. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad relacional que has tenido al atender a un **paciente diagnosticado con enfermedad grave** que no tiene la situación vital comprometida?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

3. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad relacional que has tenido al atender a un **paciente con dolor**?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

4. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad relacional que has tenido al atender a un **paciente en estado grave** (que tiene la situación vital comprometida)?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

5. ¿Has tenido dificultades relacionales con algún paciente por **otras causas**?. En caso afirmativo, indica cuáles y valora el grado de dificultad (con un redondeo)

5.1.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
5.2.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
5.3.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
5.4.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
5.5.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

6. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad **relacional global** que has tenido con los **familiares** de un paciente?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

7. ¿Cómo valorarías el grado de dificultad relacional que has tenido con los **familiares de un paciente con enfermedad grave**?
 nada un poco bastante mucho muchísimo

8. ¿Has tenido dificultades relacionales con los **familiares de algún paciente por otras causas**?. En caso afirmativo, indica cuáles y valora el grado de dificultad relacional

8.1.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
8.2.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
8.3.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
8.4.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
8.5.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

9. Si has tenido dificultades relacionales **globales con el equipo**, indica cuáles y valora el grado de dificultad relacional

9.1.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
9.2.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
9.3.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
9.4.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
9.5.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

10. Si has tenido dificultades relacionales **con alguna/s persona/s determinadas del equipo**, indica cuáles y valora el grado de dificultad relacional

10.1.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
10.2.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
10.3.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
10.4.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
10.5.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

11. Si has tenido dificultades relacionales **con el/la profesor/a tutor/a de prácticas**, indica cuáles y valora el grado de dificultad relacional

11.1.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
11.2.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
11.3.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
11.4.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
11.5.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

12. Si has tenido **otras dificultades relacionales** fuera de los ámbitos indicados, anótalas, indicando con quien, la causa y grado de dificultad

12.1.....					
.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
12.2.....					
.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
12.3.....					
.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
12.4.....					
.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo
12.5.....					
.....	nada	un poco	bastante	mucho	muchísimo

13. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con los **pacientes en general**

- 13.1.....
- 13.2.....
- 13.3.....
- 13.4.....
- 13.5.....

14. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con los **pacientes graves**

- 14.1.....
- 14.2.....
- 14.3.....
- 14.4.....
- 14.5.....

15. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con los **familiares de los pacientes en general**

- 15.1.....
- 15.2.....
- 15.3.....
- 15.4.....
- 15.5.....

16. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con los **familiares de pacientes graves**

- 16.1.....
- 16.2.....
- 16.3.....
- 16.4.....
- 16.5.....

17. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación **global con el equipo**

- 17.1.....
- 17.2.....
- 17.3.....
- 17.4.....
- 17.5.....

18. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con **personas determinadas del equipo**

- 18.1.....
- 18.2.....
- 18.3.....
- 18.4.....
- 18.5.....

19. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** una mejor relación con el **profesor/a tutor/a de prácticas**

- 19.1.....
- 19.2.....
- 19.3.....
- 19.4.....
- 19.5.....

20. Indica, según tu criterio, los aspectos que **te hubieran facilitado** las relaciones en **otras situaciones**, fuera de los ámbitos indicados (si es el caso)

- 20.1.....
- 20.2.....
- 20.3.....
- 20.4.....
- 20.5.....

21. Indica, si es el caso, si en este periodo no has tenido dificultades o bien si sí que las has tenido, o bien si has tenido las mismas, o más o menos dificultades que en los practicums anteriores:

- 20.1. NO HE TENIDO / SI QUE HE TENIDO / LAS MISMAS QUE ANTES / MAS / MENOS
- 20.2. ¿EN QUE PRACTICUM HAS TENIDO MÁS Y MENOS Y PORQUÉ?

ANEXO 2

MODELO DE ENTREVISTA:

- **Estudiantes Pregraduados**
 - **Estudiantes Postgraduados que trabajan**
-

1. Ámbito propio

- 1.1. ¿Te interesa la comunicación, la relación con las personas? o bien ¿te gusta cuidar la forma de comunicarte?
- 1.2. ¿Como crees que te comunicas o relacionas con los tuyos (familia, amigos, pareja)?
- 1.3. Si alguna vez tienes dificultad para hablar o relacionarte, ¿podrías decirme en que tipo de situaciones se da?
- 1.4. ¿Por qué crees que te cuesta más comunicarte en esa situación?
- 1.5. Finalmente, cuando te encuentras en esta situación ¿Cómo lo solucionas?
- 1.6. ¿Te comunicas igual cuando el ambiente no es tan cercano (por ejemplo, en la Escuela, o en el trabajo....)?

2. Ámbito asistencial general

- 2.1. ¿Has estado hospitalizado/a alguna vez?
- 2.2. ¿Has estado alguna vez en un hospital o CAP por causa propia o acompañando a algún familiar o amigo?
- 2.3. En un centro asistencial ¿Cómo se ha dado la comunicación entre tu y los profesionales o que percepción tienes?
- 2.4. Si lo has vivido ¿Cómo te has sentido en el caso de que la comunicación no haya sido la adecuada?

3. Ámbito asistencial practicas (enfermo y familia)

- 3.1. ¿Qué piensas de la comunicación en enfermería?, para ti ¿Qué importancia tiene en esta profesión?
- 3.2. ¿Podrías decirme por qué motivo le das esta importancia?
- 3.3. En general, ¿Cómo piensas que ha sido la comunicación en tus prácticas?
- 3.4. ¿Te has encontrado con pacientes graves?
- 3.5. ¿Podrías decirme qué patologías o problemas de salud tenían los pacientes más graves que te has encontrado en las prácticas?

- 3.6. ¿Cómo te has relacionado con estos pacientes?
- 3.7. ¿Crees que tu comunicación con ellos ha sido la adecuada?
- 3.8. ¿Crees que has dejado de decirles cosas importantes? ¿Cuáles?
- 3.9. En caso afirmativo, ¿Por qué crees que has dejado de decirles esas cosas?
- 3.10. Con las familias de estos enfermos ¿Como te has relacionado?

4. Ámbito asistencial practicas (enfermera, equipo y tutora)

- 4.1. ¿Cómo te has relacionado con la enfermera y el equipo asistencial durante tus prácticas y por qué?
- 4.2. ¿Qué has hecho y que te ha faltado para mejorar la situación, si fuera posible?
- 4.3. ¿Cómo te has relacionado con la tutora, profesora de la Escuela y por qué?
- 4.4. ¿Qué has hecho y que te ha faltado para mejorar la situación?, si fuera posible

5. Ámbito formativo teórico

- 5.1. ¿Crees que deberías superarte en algún aspecto de comunicación o de relación?
- 5.2. ¿Crees que algún suceso en tu vida ha influido en que tu comunicación o relación haya sido así y no de otra manera?
- 5.3. ¿Qué piensas de la formación sobre comunicación o habilidades relacionales recibida en la Escuela?
- 5.4. ¿Podría mejorar en algún aspecto? ¿En cuál?
- 5.5. ¿Cómo lo harías tu para que mejorara?

6. Cualquier sugerencia o aportación que quieras hacer (de lo que a ti te parezca).

MODELO DE ENTREVISTA:

PROFESIONALES DE ENFERMERIA (*)

- **Empleadora** (Directora de Enfermería de un Hospital)
 - **Profesionales asistenciales que tienen estudiantes a su cargo** (Supervisora y Enfermera)
 - **Profesionales asistenciales y docentes: Profesora Tutora** (Profesora Asociada)
 - **Profesionales Docentes: Coordinadoras del Practicum** (Profesoras Titulares)
-

1. Ámbito propio personal y profesional

- 1.1. ¿Te interesa la comunicación, la relación con las personas?, o bien, ¿Te gusta cuidar la forma de comunicarte?
- 1.2. ¿Como crees que te comunicas o relacionas con los tuyos (familia, amigos, pareja)?
- 1.3' ¿Cómo crees que te relacionas en el ámbito profesional?
- 1.4' ¿Te gusta la docencia en el practicum de enfermería?
- 1.5' ¿Qué faceta, tema o contenidos destacarías como más relevante en las prácticas de enfermería?
- 1.6' Si no es este el tema destacado ¿podrías decirme que importancia tiene para ti la comunicación o las habilidades relacionales en el practicum de enfermería?
- 1.7' Las enfermeras que ejercen la profesión, en general, ¿Crees que dan la misma importancia que tu a las habilidades relacionales o a la comunicación con el enfermo y su familia? ¿Y por qué?

2. Ámbito asistencial general

- 2.1. ¿Has estado hospitalizado/a alguna vez?
- 2.2. ¿Has estado alguna vez en un hospital o CAP por causa propia o acompañando a algún familiar o amigo?
- 2.3. En un centro asistencial ¿Cómo se ha dado la comunicación entre tu y los profesionales o que percepción tienes?
- 2.4. Si la has vivido ¿Cómo te has sentido en el caso de que la comunicación no haya sido la adecuada?

3. Ámbito asistencial practicas (enfermo y familia)

- 3.1' En general ¿Cómo crees que se relacionan los estudiantes a tu cargo con el enfermo?

- 3.2' ¿Y con la familia?
- 3.3' ¿Crees que la comunicación que brindan es la adecuada?
- 3.4' Cuando se trata de pacientes graves ¿Crees que la cosa mejora o empeora?
- 3.5' Cuando estos pacientes mueren ¿Que hacen los estudiantes?
- 3.6' ¿Cómo se relacionan los estudiantes con las familias de los enfermos que han fallecido?
- 3.7' Si la comunicación, las habilidades relacionales o la forma de relacionarse los alumnos con los enfermos (especialmente los graves) y sus familias no es la adecuada ¿Que crees les falta a estos estudiantes?
- 3.8' Según tu criterio ¿Cuál sería la mejor manera de facilitarles la ayuda necesaria?
- 3.9' ¿Te has encontrado o te han hablado de algún alumno ejemplar?
- 3.10' ¿Recuerdas qué características tenía este alumno para que pareciera ejemplar?
- 3.11' ¿Conoces algún caso de algún alumno que se haya colapsado delante de un enfermo grave?
- 3.12' ¿Y delante de algún paciente que haya muerto?
- 3.13' ¿Tu crees que los acontecimientos vitales de los propios alumnos, no superados (por ejemplo, la muerte de algún familiar) pueden influenciar en dificultar sus habilidades relacionales?
- 3.14' ¿Has observado alguna particularidad en los alumnos que se relacionan peor?
- 3.15' ¿Has observado alguna particularidad en los alumnos que se relacionan mejor?
- 3.16' ¿Quieres añadir alguna cosa sobre estas cuestiones?

4. Ámbito asistencial prácticas (enfermera, equipo y tutora)

- 4.1' Según tu percepción, ¿cómo es la relación de los estudiantes con la enfermera de referencia para el alumno?
- 4.2' Según tu percepción, ¿cómo es la relación de los estudiantes con la tutora de referencia para el alumno?
- 4.3' Según tu percepción, ¿cómo es la relación de los estudiantes con el equipo asistencial?
- 4.4' ¿Recuerdas algún estudiante ejemplar en cuanto a su relación con la enfermera, equipo y tutora y qué características tenía?
- 4.5' ¿Recuerdas algún estudiante difícil en cuanto a su relación con la enfermera, equipo y tutora y qué características tenía?
- 4.6' Si has detectado déficit, según tu criterio ¿Cómo se podría arreglar?

5. Ámbito formativo teórico

- 5.1' Como docente ¿Como crees que te relacionas con los estudiantes y especialmente con los estudiantes que hacen prácticas?
- 5.2' En los casos difíciles ¿Como lo llevas?
- 5.3' Como docente ¿Crees que deberías recibir alguna ayuda o soporte para perfeccionar temas de comunicación o relacionales?
- 5.4' Si fuera el caso ¿Qué te parecería de utilidad y como?
- 5.5' ¿Como ves la formación que imparte la Escuela en temas de comunicación y relación entre estudiante, paciente y familia?
- 5.6' ¿Lo ves de la misma forma cuando se trata de casos difíciles (pacientes graves que mueren y sus familias)?
- 5.7' ¿Cómo lo podríamos hacer para que la formación en habilidades relacionales llegase mejor al estudiante?
- 5.8' De cara al futuro que se avecina ¿Que aspecto destacarías como prioritario en la formación de unos buenos profesionales de enfermería?

6. Cualquier sugerencia o aportación que quieras hacer (de lo que a ti te parezca)

(*) La numeración prima (`) indica preguntas adaptadas a estos profesionales, el resto son preguntas idénticas a las de los estudiantes, de las que se ha podido evitar la adaptación.

ANEXO 3

CINAHL (I) (1999-2010 abril)

Nº	Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
1	1	Furgato ARF; Scatena MCW; Hespaholo GC; Roncolato LT(2001) Nursing-patient interpersonal relationship teaching: students evaluation. Revista Eletrónica de Enfermagem, 3 (1): 1-11 (Portugal)	(journal article research)	Enseñanza y evaluación de un curso de relaciones interpersonales enfermera-paciente en estudiantes graduados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los estudiantes necesitan mas tiempo de discusión sobre sus experiencias practicas 2. Han experimentado nuevas posiciones en las actuaciones con los pacientes 3. Interpretan el rol terapéutico de enfermería 	A través del análisis de un cuestionario respondido por 19 postgraduados de enfermería, se evalúa la enseñanza de un curso de Relaciones Interpersonales Enfermera Paciente.
3	10	Speed S; Luker KA (2004). Changes in patterns of knowing the patient: the case of British district nurses. International Journal of Nursing Studies, Nov; 41 (8): 921-31	(journal article research)	Estudio de las relaciones de las enfermeras domiciliarias de los distritos con los pacientes, en una época de cambios turbulentos en la organización del servicios de AP en Gran Bretaña.	Se constata un cambio de énfasis en el interés en conocer más al paciente, a nivel personal, estético y a partir del conocimiento empírico.	Estudio etnográfico multi-céntrico (muestra: cuatro centros de estudio). Se emplea y discute el modelo de Carper (1978), que da soporte al conocimiento y practica reflexiva en enfermería, mas allá de lo empírico.
4	19	Miner-Williams D, Ph.D; (2005). Connectedness in the nurse-patient relationship. University of Texas Health Science Center at San Antonio. (214 p)	(doctoral dissertation research)	Explorar y describir la relación enfermera-paciente en la cual la conectividad/conexión se trata desde las dos perspectivas. Se pretende producir teoría que ayude mejorar la comprensión de la relación enfermera-paciente (NPR).	Los resultados teóricos se resumen en dos variables: a) tratar de conocer las necesidades del paciente b) su sentir y significado. Estas dos variables delimitan el proceso de conectividad NPR, con relevancia en el conocimiento de las necesidades espirituales del paciente.	Teoría mas entrevistas semi-estructuradas con una muestra de 15 individuos (enfermeras, pacientes o familiares de estos) mas experiencias de 25 historias compartidas
5	20	Gilbert DA (2004) Coordination in nurses' listening activities and communication about patient-nurse relationships. Research in Nursing & Health, Dec; 27 (6): 447-57	(journal article research)	Examinar el patrón de comportamiento de atención de enfermeras. En especial, actividades no verbales en coordinación con las del paciente. Indagar si revela información sobre les relaciones enfermera-paciente.	El estudio de las actividades de atención y entendimiento verbal y no verbal y la coordinación no verbal con el paciente, pronostican dimensiones de confianza/receptividad, profundidad/afecto/similaridad, compostura e informalidad.	Participantes n= 126 mujeres de universidad. A través de un instrumento de 30 ítems, se mide la información relacional, emitida por interacciones grabadas en video entre un paciente o actriz y 12 enfermeras. El análisis de regresión múltiple predice dimensiones relacionales.

CINAHL (II) (1999-2010 abril)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base de datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
6	Uitterhoeve R; de Leeuw J; Bensing J; Heaven C; Borm G; DeMulder P; van Achterberg T (2008). Cue-responding behaviours of oncology nurses in video-simulated interviews. Journal of Advanced Nursing, Jan; 61 (1): 71-80	(Journal article research)	Los enfermos de cáncer pocas veces expresan sus inquietudes y preocupaciones. Se trata de investigar y describir las relaciones entre sugerencias y atención y gestión de estas por la enfermera.	La mitad de los consejos a los pacientes fueron respondidos con comportamientos distantes. La otra mitad fueron o bien explorados o bien agradecidos. En el 16% de las respuestas, las enfermeras utilizaron preguntas/directrices abiertas. La modalidad de atención a los consejos y/o sugerencias influenció en una subsiguiente expresión de inquietudes y emociones por parte de pacientes	Muestra n=35; entrevistas grabadas a 5 enfermeras con 7 pacientes cada una. Estudio descriptivo observacional utilizando el Medical Interview Aural Rating Scale.
7	Kettunen T; Liimatainen L; Vilberg J; Perko U (2006) Developing empowering health counseling measurement: preliminary results. Patient Education & Counseling, Dec; 64 (1-3): 159-66	(Journal article research)	Evaluación de la validez y fiabilidad Programa/ Instrumento ESPS "Empowering Speech Practices Scale" (Escala de Empoderamiento a través de la práctica del habla) que sirve para medir la calidad en el servicio hospitalario.	Las enfermeras necesitan mejorar de forma activa la reciprocidad de las relaciones mutuas para dar consejo, preguntando las opiniones y visiones de los pacientes, facilitando la participación en la toma de decisiones y llegando a opciones para su tratamiento individual. La escala también puede ser utilizada para mejorar los programas de educación en enfermería.	Análisis de factores y análisis de regresión logística para evaluar la escala.
8	Mitcheson J; Cowley S (2003) Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. International Journal of Nursing Studies, May; 40 (4): 413-26	(Journal article research)	¿Otorgar poderes o control? Análisis basado en valorar si la participación del cliente es permitida, utilizando un instrumento de asesoramiento estructurado de las necesidades sanitarias (HNATS) en dos Comunidades de NHS en Inglaterra.	El uso de este instrumento fue asociado con un fallo en la identificación de las necesidades relevantes para el cliente o bien permitir su participación. Se recomienda el estilo conversacional abierto que ha demostrado ser efectivo, en lugar de un instrumento estructurado.	Muestra: Análisis conversacional de 10 interacciones.

CINAHL (III) (1999-2010 abril)

	Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
8	30	Rankin EA; Delashmutt MB (2006) Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. Journal of Holistic Nursing, Dec; 24 (4): 282-8	(journal article pictorial)	Animar a estudiantes de enfermería a explorar y desarrollar un entendimiento de los conceptos de espiritualidad y presencia de la enfermera en vistas a su práctica clínica.	Seminarios dirigidos y debates sobre el tema. Asistencia a un refugio comunitario para a pobres es parte del curso. 188 estudiantes desarrollan soporte a los clientes con testimonios espirituales y de presencia.	Promoción del pensamiento reflexivo y aplicación de conceptos abstractos y difíciles. Todos los estudiantes expresan auto-descubrimiento y maduración, en el entendimiento de la espiritualidad con la presencia en la práctica de enfermería.
10	34	Major G; Holmes J (2008). How do nurses describe health care procedures? Analysing nurse-patient interaction in a hospital ward. Australian Journal of Advanced Nursing, Jun-Aug; 25 (4): 58-70	(journal article research)	Examinar las diferentes estrategias de comunicación utilizadas por las enfermeras cuando describen/explican los procedimientos del tratamiento a los pacientes.	Excepto el componente principal de explicar los procedimientos, el resto, son opcionales. Se concluye que la conversación sobre salud no es tan sencilla como sugieren la mayoría de libros de enfermería.	Investigación cualitativa y exploratoria. Grabaciones de 23 casos de conversaciones de enfermeras con los pacientes en un día normal de trabajo. Análisis del discurso y conversación
11	35	Williams KN (2006). Improving outcomes of nursing home interactions. Research in Nursing & Health, Apr; 29 (2): 121-33	(journal article research)	Mejorar la comunicación en las interacciones enfermeras a domicilio. Se evalúan 3 momentos diferentes: al notificar que se ha de hacer una intervención, inmediatamente después de esta y a los 2 meses post-intervención	Reducción del "elderspeak" (discurso para ancianos) por medidas psicolingüísticas. En la asistencia médica, el respeto y el control se deterioraron. Se sugiere reforzar entrenamiento.	Servicios a domicilio a 3 casas diferentes (n=3) mediante grabaciones de audio de los discursos.
12	36	Bennett L; Woodford J; Söderberg L; Corl S; Clyne N (2001). Improving the nurse-patient relationship: a multi-faceted approach. EDTNA/ERCA Journal of Renal Care, Jul-Sep; 27 (3): 143-6	(journal article case study)	Proporcionar estrategias concretas para superar barreras específicas en las relaciones diarias enfermera-paciente, que afectan negativamente al paciente, a la enfermera o a los dos. Proporcionar la información más reciente sobre las mejores prácticas (best practiques)	Refieren un tratamiento óptimo para pacientes renales. Entre otros aspectos se destaca, responder tanto a necesidades medicas como sociales del paciente con un enfoque multidisciplinario	Sesión educativa corporativa sobre comunicación enfermera-paciente. Un moderador presenta 3 vídeos de casos, con estrategias para reconocer y superar las barreras de comunicación entre enfermera-paciente. Expertos dirigen debate y directrices para una buena práctica asistencial

CINAHL (IV) (1999-2010 abril)

	Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
13	43	Donohue RK (2003). Nurse practitioner-client interaction as resource exchange in a women's health clinic: an exploratory study. Journal of Clinical Nursing, Sep; 12 (5): 717-25	(journal article research)	Entender el proceso por el cual les enfermeras llegan al éxito expresado en la satisfacción del paciente y el coste-efectividad durante las visitas clínicas.	Las expectativas de las clientes fueron similares sobre el servicio esperado y real. Incluyen combinaciones de servicios, información sobre la salud, confianza, soporte, decisión y seguridad, tiempo, aceptación y respeto.	Entrevistas gravadas de 2 enfermeras con 8 clientes (mujeres), antes, durante y después de la intervención.
14	47	McCabe C (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing, Jan; 13 (1): 41-9	(journal article research)	Explorar y extraer afirmaciones relacionadas con las experiencias de los pacientes, sobre como se comunican las enfermeras.	Se extraen 4 temas: falta de comunicación, atención, empatía y enfermeras simpáticas. Las enfermeras pueden comunicarse bien cuando utilizan un enfoque centrado en el paciente. Esto no parece ser reconocido por las organizaciones sanitarias para asegurar un servicio de calidad.	Perspectiva cualitativa des de un punto de vista hermenéutico y fenomenológico.
15	49	Rosenzweig M; Hravnak M; Magdic K; Beach M; Clifton M; Arnold R (2008). Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. American Journal of Critical Care, 2008 Jul; 17 (4): 364-72	(journal article research)	En programas de prácticas avanzadas de enfermería, las habilidades de comunicación avanzadas, tendrían que ser enseñadas similar a las habilidades	Aumenta significativamente (de inmediato y 41 después): a) La confianza del estudiante en inicio de conversaciones difíciles. b) Las autoevaluaciones de las habilidades comunicativas en conjunto. La experiencia de simulación en laboratorio ha sido calificada como muy beneficiosa por los estudiantes.	Se desarrolla un programa de simulación de prácticas de enfermería. Se evalúa la confianza y la efectividad percibida a través de la comunicación, antes, inmediatamente después y a los 4 meses después de haber acabado el laboratorio.
16	51	Roos JH (2000). Patient satisfaction with nursing care. University of South Africa (South Africa), D.Litt. et Phil. pages unknown	(doctoral dissertation research)	Analizar y mejorar la satisfacción del paciente, identificando aquellas facetas que son esenciales para conseguir esa satisfacción.	En general, los pacientes se muestran insatisfechos sobre déficits de los servicios sanitarios. Destaca precariedad: ambiente físico, control del ruido, provisión de información, suministro de fármacos frente al dolor, falta de coordinación entre secciones, participación del paciente. Las enfermeras son "bastante" aceptadas por su paciencia amable	Estudio cualitativo (entrevistas en profundidad) y cuantitativo (cuestionarios)

CINAHL (V) (1999-2010 abril)

Ref	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
17	Morse JM; Pooler C (2002). Patient-family-nurse interactions in the trauma-resuscitation room. American Journal of Critical Care, May; 11 (3): 240-9	(Journal article pictorial, research)	Describir comportamientos e interacciones de los familiares del paciente con las enfermeras y el paciente en la sala de trauma.	Categorías de interacciones extraídas de la codificación y la muestra: a) Familias aprendiendo a resistir/soportar/aguantar; b) Pacientes que se resisten o fallan en resistir/soportar; c) Familias que sufren emocionalmente y el paciente se resiste; d) Paciente y familia resistiendo/soportando; e) Resolución de resistir/soportar/soportar/soportar. El estilo de las interacciones fue particular en cada caso. El Modelo de Sufrimiento puede ayudar a las enfermeras en seleccionar estrategias para dar confort a pacientes y familiares.	Metodología cualitativa y un modelo de sufrimiento de soporte. (n=193) videos de un total de 42 horas, de salas de trauma con 88 casos donde hay presencia del paciente con algún familiar y la enfermera. Las interacciones se clasificaron y codificaron entre personas que estaban resistiendo, soportando sufrimiento.
18	Aled J (2007). Putting practice into teaching: an exploratory study of nursing undergraduates interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. Journal of Clinical Nursing, 2007 Dec; 16 (12): 2297-307	(Journal article research)	Traer la realidad de las prácticas clínicas a la clase. Hay pocos estudios que debatan las habilidades interpersonales de los estudiantes-enfermeras (en prácticas). Sabiendo a través de literatura y iniciativas políticas a nivel internacional, que la comunicación centrada en el paciente, es un indicador de alta calidad de atención sanitaria, todavía hoy la educación de enfermería esta muy lejos de las realidades que los estudiantes experimentan durante las prácticas clínicas.	Las interacciones de los estudiantes en prácticas fueron orientadas a tareas burocráticamente organizadas. Después de esta fase, los estudiantes pudieron ser capaces de identificar las limitaciones de llevar a cabo el primer enfoque con los pacientes, sugiriendo que la enseñanza que se practica en las clases no es siempre fácilmente transferible a las prácticas clínicas. El estudio sugiere que los estudiantes tienen dificultades en transferir los principios de buena comunicación de la clase a sus propias interacciones con los pacientes. Las evaluaciones de los estudiantes ratificaron, como en trabajos anteriores, debatir el concepto de curriculum oculto, (<i>"hidden curriculum"</i>) con enfermeras y mentores. El uso de información empírica en la práctica y enseñanza de las habilidades interpersonales (IPS) es recomendada como medio para cerrar el vacío teórico-práctico.	Se graban las interacciones de 10 estudiantes en prácticas con pacientes en una clínica y se proyectan. Se proyectan grabaciones de interacciones similares pero en este caso de profesionales, utilizados como recursos de enseñanza. Los estudiantes han de evaluar las dos proyecciones.
19	Kleiman S (2007). Revitalizing the humanistic imperative in nursing education. Nursing Education Perspectives, Jul-Aug; 28 (4): 209-13	(Journal article)	Cambiar la actual metodología de enseñanza hacia una metodología más centrada en el imperativo humanístico (human-centered)	A través de este enfoque, los estudiantes integran conceptos como el humanismo, existencialismo y la fenomenología en las interacciones con los pacientes. Contribuye al efecto positivo y gratificación personal en el paciente, allegados y estudiantes.	Método de enseñanza humanístico (Humanistic Teaching Method). Consta: todo excepto metodología

CINAHL (VI) (1999-2010 abril)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base de datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
20	Pelleg G; Leichtenritt RD (2009). Spiritual beliefs among Israeli nurses and social workers: a comparison based on their involvement with the dying. Omega: Journal of Death & Dying, 2009; 59 (3): 239-52	(Journal article research)	Comparar las creencias espirituales y practicas reales entre enfermeras y trabajadores sanitarios, basándose-se en su implicación con pacientes que se están muriendo. Contenido: Las enfermeras tenían una alta perspectiva espiritual en relación con los trabajadores sociales; a la vez que los trabajadores sociales mas involucrados en el cuidado de los que están cerca de morir, se esperaba que poseyeran los niveles mas altos de creencias espirituales	Los dos grupos que estaban altamente involucrados con pacientes cerca de la muerte, exhibieron niveles medianos de espiritualidad (algo mas bajas las perspectivas espirituales en los trabajadores sociales sanitarios).	Estudio cualitativo comparativo
21	Rehnsfeldt A Ph.D. (1999). The encounter with the patient in a life-changing process. Department of Caring Science, Faculty of Social and Caring Sciences, Abo Academy University, Finland (216 p)	(doctoral dissertation research)	Describir e interpretar a nivel conceptual y empirico el sentido del proceso de cambio de vida y el encuentro de la existencia y espiritualidad en la salud. (Expresadas en términos de encontrar sentido y perspectiva (actitud) en la vida).	Extracción de un modelo y pautas teóricas.	Metodología hermenéutica e inductiva
22	Akin S; Erdogan S (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients: Journal of Clinical Nursing, Apr; 16 (4): 646-53	(Journal article questionnaire/sc ale, research)	Comprobar la validez y fiabilidad de la versión modificada de la "Escala de satisfacción en la atención sanitaria de enfermería Newcastle" en pacientes médicos y de cirugía. Medir la satisfacción de los pacientes sobre la atención sanitaria de les enfermeras en Turquía, que no disponen de escalas disponibles para este tipo de medición.	Las notas mas positivas fueron: la libertad que se les daba a los pacientes en la sala, la privacidad que les ofrecían les enfermeras y la rapidez con que estas respondían a sus peticiones. Los pacientes viejos, hembras y los que tenían seguro sanitario fueron los mas satisfechos. Finalmente la versión turca de esta escala fue aprobada (fiabilidad y validez adecuada) para su uso en pacientes turcos adultos.	Estudio valorativo: n=200 pacientes. "Escala de satisfacción en la atención sanitaria de enfermería Newcastle" con 19 ítems.

CINAHL (VII) (1999-2010 abril)					
Ref	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
23	Isaksson U; Aström S; Graneheim UH (2008). Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. Journal of Clinical Nursing, Jun; 17 (12): 1660-6	(journal article research)	Llamada a estudiar mas el concepto de violencia, que es muy compleja y poder ayudar a los profesionales que ofrecen el servicio a domicilio (o no) a detectar/identificar de una forma mas definida/objetiva, cuando se dan este tipo de casos. Detección de actos de violencia en el servicio de enfermería a domicilio.	Los que suministran atención sanitaria perciben la violencia como amenazadora, intencionada, perdonable, ordinaria y contextualizada en la experiencia y actitudes propias. Hay riesgo de que incidentes violentos sean infra-informados/ declarados o sobre-informados/declarados por la subjetividad de esta percepción.	Análisis cualitativo del contenido
24	Sondermeyer J. (2006). "You're going to rehab": a study into the experience of patients moving from acute care settings to an inpatient rehabilitation unit. Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA), Winter; 9 (2): 23-7	(journal article research)	Especulaciones sobre los diferentes factores que podrían contribuir a un aumento en el entendimiento en cuanto a la propensión del paciente a la recuperación y el rol de la enfermera en tal recuperación.	Opinión de los autores sobre porque ciertos pacientes que están en una unidad de daños graves cambian su estado grave hacia la mejora.	Metodología: entrevistas, n=11; temático.

MEDLINE, PUB MED (I) 1999-2010 (abril)						
Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- diantes
1	Maddalena V. (2009) Cultural competence and holistic practice: implications for nursing education, practice, and research. <i>Holist Nurs Pract.</i> May-Jun; 23(3):153-7.	Division of Community Health and Humanities, Faculty of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St John's, Newfoundland and Labrador, Canada	Incorporar la competencia cultural en los programas de enfermería, para cubrir posibles carencias sobre esta competencia.	La incorporación de esta competencia en los programas de enfermería, la política de organización y programas de investigación, ayudará a preparar a las enfermeras para la práctica en entornos multiculturales	Artículo teórico de revisión	
2	Turner J, Clavarino A, Butow P, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S. (2009). Enhancing the capacity of oncology nurses to provide supportive care for parents with advanced cancer: evaluation of an educational intervention. <i>Eur J Cancer.</i> Jul;45 (10):1798-806.	Department of Psychiatry, University of Queensland, Mental Health Centre, Herston, Australia.	Mejorar la capacidad de las enfermeras de oncología para proporcionar soporte a padres que tienen hijos con cáncer avanzado a su cargo. El entrenamiento general en habilidades comunicativas , complementado con recursos educativos específicos, puede aumentar la confianza y el conocimiento en las propias habilidades de las enfermeras de oncología.	Esta intervención educativa fue valorada como muy positiva por las enfermeras, asumiendo mayor confianza para brindar soporte y poder iniciar un debate sobre cuestiones emocionales con los padres y estos pacientes.	Estudio piloto de una intervención educativa que comprende el estudio de un manual de auto-aprendizaje, con el apoyo de un día de taller de formación profesional. sobre comunicación La evaluación pre y post entrenamiento incluye medidas de estrés y agotamiento, autoinformes y respuestas a viñetas clínicas además de entrevistas grabadas en vídeo con pacientes simulados.	
3	Leathard HL, Cook MJ. (2009). Learning for holistic care: addressing practical wisdom (phronesis) and the spiritual sphere. <i>J Adv Nurs.</i> Jun; 65(6):1318-27	Health & Social Care, University of Cumbria, UK.	Discusión sobre la sabiduría práctica y la espiritualidad en la atención integral y estrategias para facilitar su aplicación en la educación de enfermería. La phronesis , con sus características espirituales inherentes, esta establecida en la persona y el liderazgo clínico de excelencia. De alguna manera, se tendrían que incorporar estos aspectos en la enseñanza de enfermería para brindar una atención integral.	La calidad de enfermería podría aumentar si se proporcionarían oportunidades adecuadas para adquirir Phronesis (*) a través del aprendizaje experimental. La phronesis y la atención espiritual podrían ser incorporados en los modelos existentes de atención de enfermería y a nuevos modelos ideados para hacer servir estos conceptos críticos. (*) del griego: sabiduría práctica, pensamiento moral, prudencia)	Artículo teórico de revisión.	

MEDLINE, PUB MED (II) 1999-2010 (abril)						
Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDI	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
4	Scheckel M, Hedrick-Erickson J. (2009) Decentering resources: a phenomenological study of interpretive pedagogies in patient education. J Prof Nurs. Jan-Feb;25(1):57-64.	Winona State University, P.O. Box 5838, Winona, MN 55907 USA	Los estudiantes reconocieron como los recursos obstaculizaban frecuentemente las interacciones paciente-enfermera en encuentros de enseñanza y aprendizaje. Enseñanza innovadora de educación el paciente	Este estudio fomenta e incentiva a los educadores de enfermería a enseñar pedagogías interpretativas a los estudiantes. Puede promover el alfabetismo pedagógico que comporta el trabajar junto con los pacientes durante los encuentros de enseñanza y aprendizaje. Cuando los estudiantes aprendieron las pedagogías interpretativas, perdieron importancia otros recursos sobre la práctica y la educación del paciente.	Estudio interpretativo fenomenológico	
5	Sleeper JA, Thompson C. (2008). The use of hi fidelity simulation to enhance nursing students' therapeutic communication skills. Int J Nurs Educ Scholarsh.;5:Article 42.	The William W Backus Hospital.	Proporcionar a los estudiantes de enfermería que han de entrar a salas de psiquiatría, una base sólida de habilidades terapéuticas comunicativas .	Los estudiantes interaccionan con el aparato SimMan como lo harían con los pacientes de psiquiatría. El método puede promover efectividad en las habilidades comunicativas terapéuticas y disminuir ansiedad de los estudiantes	Simulaciones de alta fidelidad con el aparato Laerdal Simman para practicar las habilidades comunicativas terapéuticas con pacientes psiquiátricos.	
6	Perry RN. (2009) Role modeling excellence in clinical nursing practice. Nurse Educ Pract. Jan;9(1):36-44.	Center for Nursing and Health Studies, Athabasca University, 8708-116 Avenue,Edmonton, Alta., Canada.	Detalla enfoques que van a convertir a las enfermeras en excelentes modelos de rol . Especialmente: a) Atender los pequeños detalles; b) establecer conexiones; c) mantener una actitud de esperanza y bondad; d) establecer comportamientos modelicos; e) afirmar a los otros.	Descubrir y discutir como puede ser de positiva la modelización de roles para enfermeras ejemplares. La aportación puede contribuir en la en la configuración practica de educación de enfermeras clínicas.	Investigación fenomenológica; n= enfermeras; convertirlas en profesionales ejemplares a partir (marco teórico de Watson.	
7	Suikkala A, Leino-Kilpi H, Katajisto J. (2008).Nursing student-patient relationships: a descriptive study of students' and patients' views. Int J Nurs Educ Scholarsh. 5:Article15.	University of Turku, Finlandia	Describir y comparar las percepciones de los estudiantes de enfermería con las de los pacientes sobre las relaciones entre ambos .	Los estudiantes ven la relación como más autoritaria, mientras que los pacientes la encontraban más mecánica. Los resultados indican la necesidad de fortalecer las interacciones entre estudiantes-pacientes y las relaciones entre ambos.	Información recogida a través de cuestionarios y una muestra de 290 estudiantes y 242 pacientes.	

MEDLINE, PUB MED (III) 1999-2010 (abril)

Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
8	Anthony MJ, Barkell NP. (2008) Nurses' professional concerns: letters to the editor for 1900-2005. J Prof Nurs. Mar-Apr;24(2):96-104.	University of Detroit Mercy, McAuley School of Nursing, Detroit, MI 48221-3038, USA	Entender las preocupaciones de las enfermeras profesionales a través de cartas al editor de la revista American Journal of Nursing del 1900 al 2005.	Los temas seleccionados son: el cuidado propio vs el auto-sacrificio; el énfasis de las enfermeras en la asistencia integral; la preparación educacional y profesional; les relaciones entre enfermeras y médicos ; y la imagen de las enfermeras. Se concluye que la naturaleza de estos temas tiene importantes implicaciones en la educación de las enfermeras, las prácticas clínicas, liderazgo e investigación.	Se seleccionen al azar dos temas de cada año.	
9	Dearing KS, Steadman S. (2008). Challenging stereotyping and bias: a voice simulation study. J Nurs Educ. Feb;47(2):59-65.	Brigham Young University, Provo, Utah, USA.	Demostrar el éxito de esta experiencia de simulación de voz para cambiar la predisposición de los estudiantes de enfermería y potenciar el desarrollo de la relación enfermera-paciente . Los estigmas son una barrera para la asistencia en salud mental y para los pacientes con esquizofrenia y puede interferir en el desarrollo de relaciones terapéuticas.	A partir de la experiencia de voz, los resultados muestran diferencias significativas en las actitudes hacia los pacientes entre los dos grupos. El análisis del grupo post-orientación incluye: Experiencia afectiva, empatía y experiencia física El hallazgo demuestra que el proceso educativo tendría que incluir métodos para desafiar los estereotipos y los prejuicios y para disminuir el estigma hacia los enfermos mentales, mejorar el acceso al servicio y mejorar la habilidad para desarrollar relaciones terapéuticas.	(n= 94) estudiantes, de los cuales un grupo de 52 estudiantes recibe una simulación de voz durante la orientación y 42 no reciben esta simulación. Se emplea cuestionario para su valoración.	
10	Hood LE, Olson JK, Allen M. (2007) Learning to care for spiritual needs: connecting spiritually. Qual Health Res. Nov;17(9):1198-206.	Capital Health Regional Mental Health Program, Alberta Hospital Edmonton, University of	Proveer de una base teórica para a identificar tipos de conexiones espirituales entre enfermera y paciente , descifrar como se adquiere este tipo de conocimiento espiritual y como les enfermeras aprenden a preocuparse y dar soporte a las necesidades espirituales de los pacientes.	Las categorías que se obtienen son: Necesidad de conexión; Cultivar la conexión; Aprender de la conexión; Vivir la conexión. Las enfermeras utilizaron un proceso de aprendizaje cíclico "fraternal" y progresivo de abrirse a los pacientes, luchar con temas y con ellos y hacer conexiones entre numerosas experiencias suyas, personales y profesionales. La atención a estas experiencias interconectadas es lo que alimenta la adquisición de conocimiento y se convierte en lo que se conoce como proceso de aprendizaje experiencial acumulativo que explica como les enfermeras aprenden a preocuparse por las necesidades espirituales. La conexión espiritual se manifiesta como un estado, acto o proceso que se da en las diversas entrevistas	Diseño: teoría fundamentada y selección de 15 voluntarios con 2 a 43 años de experiencia profesional.	

MEDLINE, PUB MED (IV) 1999-2010 (abril)

	Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
11	35	Nau J, Dassen T, Halfens R, Needham I.(2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. Nurse Educ Today. Nov;27(8):933-46.	Evangelisches Bildungszentrum für Pflegeberufe Stuttgart, Protestant Centre of Nursing Education Stuttgart gGmbH, Stöckachstrasse 48, 70190 Stuttgart, Germany	Para ampliar la perspectiva de los resultados en la educación de estudiantes de enfermería en Alemania, se explora el "target group". Se pretende estudiar más estos casos para introducir mejoras en la educación enfermera.	Administrar la agresión del paciente, es un reto general para los estudiantes de enfermería y no se limita a configuraciones psiquiátricas. Se concluye que los estudiantes de enfermería necesitan preparación y entrenamiento en manejar la agresión de los pacientes . Tendrían que adquirir conocimiento y habilidad para adquirir confianza en sí mismas, actuar asertivamente y con una comunicación empática, para dar el alcance apropiado al tratar con pacientes agresivos	Entrevistas semiestructuradas. Análisis cualitativo del contenido (n=12 estudiantes de enfermería en Alemania).	
12	38	Hughes KH, Hood LJ. (2007). Teaching methods and an outcome tool for measuring cultural sensitivity in undergraduate nursing students. J Transcult Nurs. Jan;18(1):57-62.	Saint Luke's College, Kansas City, USA.	Implantar un método para mejorar las habilidades comunicativas y terapéuticas para enfermeras y estudiantes de enfermería	El método Video-Inter-Active (VIA) "computer-based", es una forma eficiente i efectiva para los estudiantes para desarrollar y practicar habilidades comunicativas terapéuticas. Vincula a los estudiantes a reacciones realistas en escenarios comunes que se encuentran en lugares de asistencia sanitaria y se les da la oportunidad de verse a ellos mismos y criticar sus reacciones y respuestas.	La necesidad de tener buenas habilidades de comunicación terapéutica conduce a un nuevo método conocido como Video-Inter-Active (VIA) "computer-based" que incluye las siguientes etapas: desafiar - respuesta/reacción - grabar - evaluar.	

MEDLINE, PUB MED (V) 1999-2010 (abril)

Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- diantes
13	42 Farley CL, Tharpe N, Miller L, Ruxer DJ. (2006). Women's Health Care Minimum Data Set: pilot test and validation for use in clinical practice. J Midwifery Womens Health. Nov-Dec;51(6):493-501.	Greene Midwifery Care, Fairborn, Ohio, USA.	Proporcionar investigación empírica clarificando que es la competencia profesional en enfermería des de un punto de vista del	Los pacientes cambiaron el termino competencia por el de asistencia técnica y conocimientos de enfermería, durante las practicas de enfermería. Cuando la asistencia técnica se asume, los atributos interpersonales se convierten en los indicadores mas importantes de calidad del servicio de enfermería. El estudio concluye con la incerteza sobre si los pacientes se ven capaces de evaluar la competencia de las enfermeras.	Enfoque teórico; datos obtenidos entre el 2001 i 2003; n=27 pacientes. Se emplea el método de comparación constante.	
14	45 Icier V, Mullet E, Sorum PC. (2006) How nursing personnel judge patients' pain. Eur J Pain. 2007 Jul;11(5):542-50.	Department of Psychology, Mirail University, Toulouse, France.	Examinar como las enfermeras, estudiantes de enfermería y los asesores de enfermería juzgan el nivel de dolor de los pacientes desde 5 indicadores: a) dolor facial o expresado; b) mantenimiento de una posición anormal del cuerpo; c) restricción de movimiento, d) quejas del dolor y e) señales de posible depresión.	Los tres factores mas importantes a la hora de juzgar el dolor fueron: a) la difficultad de realizar el contacto social con el paciente ; b) la evitación del paciente para cambiar de posición y c) la evitación de movimientos. Les enfermeras dieron mas énfasis en la dificultad de tomar contacto social con el paciente que los estudiantes de enfermería y los asesores de enfermería.	Metodología n=214 participantes varios. Se desarrolla en Toulouse.	
15	51 Zapka JG, Hennessy W, Carter RE, Amella EJ. (2006). End-of-life communication and hospital nurses: an educational pilot. J Cardiovasc Nurs. May-Jun;21(3):223-31.	Department of Biostatistics, Bioinformatics and Epidemiology, Medical University of South Carolina, Charleston, SC 29425. USA.	Informar del juicio de fiabilidad de un seminario de educación continuada para aumentar la concienciación y las habilidades comunicativas de les enfermeras de pacientes hospitalizados.	Los resultados ilustran que el reto de afrontar asuntos sobre la muerte, son complicados para una fuerza de trabajo con un staff joven y con relativamente baja exposición a muertes reales. El ataque de corazón es un problema predominante, con alta carga de dolencia y una trayectoria impredecible. Es por eso que las implicaciones en la comunicación sobre un planeamiento avanzado y fin de la vida -aunque se proporciona esperanza i tratamiento simultáneo- es muy desafiante.	Se ofrece un seminario a 61 enfermeras tituladas de cardiología y de hospitalización general en el sureste de EEUU. Se constata la viabilidad y utilidad del seminario, destacando la necesidad de potenciar la comunicación al final de la vida, frente a los desafíos a los que deben enfrentarse las enfermeras.	

MEDLINE, PUB MED (VI) 1999-2010 (abril)

Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
16	Baxter P, Rideout E. (2006). Second-year baccalaureate nursing Students' decision making in the clinical setting. J Nurs Educ. Apr;45(4):121-7.	McMaster University, School of Nursing, Hamilton, Ontario, Canada.	Descubrir como los estudiantes de segundo año (de un programa de 4 años): determinan la necesidad de tomar una decisión clínica; como responden a una decisión clínica inminente; los tipos de decisiones tomadas y los factores que facilitan o impiden la toma de decisiones.	El análisis revela tres encuentros clave que demuestran la toma de decisiones de los estudiantes: Encuentros con los pacientes ; Encuentros con el staff de enfermería; Encuentros con los tutores clínicos. Cada encuentro revelo una respuesta basada en la emoción o conocimiento ante varias situaciones clínicas.	Estudio cualitativo intrínseco n=12 estudiantes, análisis inductivo.	
17	Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. (2006). The teaching effectiveness of standardized patients. J Nurs Educ. Apr;45(4):103-11.	Adult Nurse Practitioner Program, Johns Hopkins University School of Nursing, Baltimore, MD 21201, USA	Finalidad: comparar el uso del SPs (pacientes estandarizados) con el método usual de enseñanza , en una clase de estudiantes de enfermería.	Los estudiantes que participaban en el método SPs describieron la experiencia como positiva, creativa y en cierto sentido abrumadora. No obstante, no se encontraron diferencias importantes entre los dos grupos en medidas de habilidades interpersonales, habilidades de comunicación terapéutica y conocimiento de la depresión.	Programa enseñanza de enfermería SPs (pacientes estandarizados)	
18	McGilton K, Irwin-Robinson H, Boscart V, Spanjevic L. (2006). Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. J Adv Nurs. Apr;54(1):35-44.	Department of Research, Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, Ontario Canada	Presentar una evaluación de una intervención de mejora en la comunicación del staff y los pacientes . La comunicación del staff, con pacientes que residen en un complejo de asistencia continuada, se ha encontrado muy limitada. En estas interacciones, suceden las oportunidades para socializarse los pacientes.	El staff de enfermería se sintió mas cerca y en contacto con sus pacientes después de la intervención e informaron niveles mas altos de satisfacción con el trabajo. Sin embargo, no se encontraron cambios en el nivel de satisfacción del paciente con la asistencia recibida. Los resultados sugieren que el staff de enfermería puede sentirse mejor con su trabajo y con sus pacientes en la medida que mejoran sus habilidades comunicativas. Se necesita más exploración para entender las barreras y para encontrar tiempo para hablar con los pacientes unos minutos al día.	(n= 37), de los cuales 21 son enfermeras i 16 pacientes; los datos de los pacientes y enfermeras se recogieron antes y después de la intervención.	

MEDLINE, PUB MED (VII) 1999-2010 (abril)

Ref	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
19	Stockhausen L. (2005). Learning to become a nurse: students' reflections on their clinical experiences. Aust J Adv Nurs. Mar-May;22(3):8-14.	School of Nursing and Health Science, Charles Sturt University, New South Wales, Australia.	Exponer los principales casos en los que estudiantes de enfermería reflexionan durante sus primeras experiencias clínicas ,	La interpretación de los estudiantes sobre el contexto clínico y el aprendizaje en este está influenciado por: La interacción entre pacientes, enfermeras tituladas (RN o Registered Nurses) y el proyecto de los estudiantes de convertirse en enfermeros. Se identifica, la forma en que los estudiantes entran por primera vez, al mundo de la vida emotiva de la experiencia de los pacientes. El estudio confirma que la RN marca una gran diferencia en la experiencia del estudiante y favorece el entendimiento sobre lo que influye el aprendizaje del estudiante en la clínica, como interpreta este los acontecimientos y empieza a construir un repertorio de ejemplos de carácter reflexivo.	Estudio cualitativo en Australia haciendo servir instrumentos reflexivos (n=40 estudiantes)	
20	McConville SA, Lane AM. (2006). Using on-line video clips to enhance self-efficacy toward dealing with difficult situations among nursing students. Nurse Educ Today. Apr;26(3):200-8.	School of Health, City Campus, Molineux Street, University of Wolverhampton, Wolverhampton WV1 1SB, United Kingdom.	Se incluyen 2 finalidades: a) Desarrollar y producir material de video clips on-line , que mostrarán ejemplos de estudiantes de enfermería tratando con grupos de pacientes potencialmente difíciles y/o delicados. b) Evaluar la efectividad de los materiales de video clip para mejorar la eficacia propia de los estudiantes para comunicar-se efectivamente con ese tipo de pacientes.	Los resultados sugieren que utilizar videoclips que muestran estudiantes ingeniándose las contra situaciones adversas, proporciona un enfoque de enseñanza efectivo para mejorar su propia eficacia, que aumenta también pasado el curso	Estudio a través de cuestionarios antes i después de los módulos; (n=145 estudiantes de enfermería)	

MEDLINE, PUB MED (VIII) 1999-2010 (abril)

Ref BD	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- dian- tes
21	Mikol C. (2005). Teaching nursing without lecturing: critical pedagogy as communicative dialogue. Nurs Educ Perspect. Mar-Apr;26(2):86-9.	Nursing Department, College of Lake County, Grayslake, Illinois, USA.	Dar a conocer un nuevo método de enseñanza en base a la discusión grupal , por parte de un profesor en EEUU.	Este método conduce a los estudiantes a adquirir flexibilidad y actitud abierta a les ideas de los otros estudiantes a la vez que da oportunidades de compartir historias personales y el dialogo entre ellos. En este método: el estudiante es ayudado a superar les confusiones, los malos entendidos, malas conceptualizaciones y malas interpretaciones de la literatura de enfermería.	Análisis interpretativo. El profesor facilita discusiones en grupos pequeños, incentivando el dialogo comunicativo.	
22	Dalton L. (2005). Use of clinical space as an indicator of student nurse's professional development and changing need for support. Nurse Educ Today. Feb;25(2):126-31.	University Department of Rural Health, Tasmania, Locked Bag 1372, Launceston, Tasmania 7250, Australia.	Explorar las formas en que los estudiantes emplean el espacio clínico .	Se presentan las diferentes formas en que los estudiantes se mueven por el entorno clínico y refiere como el uso de este espacio es indicativo del desarrollo profesional de los estudiantes. El éxito de las prácticas clínicas como conocimiento experimental, depende del soporte e infraestructura comprensiva en el aprendizaje, que es una responsabilidad colaborativa entre el educador, el experto clínico y el estudiante. Se detecta la necesidad de cambiar la forma de dar soporte a los estudiantes.	Estudio hermenéutico y etnográfico	
23	van Leeuwen R, Cusveller B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. J Adv Nurs. Nov;48(3):234-46.	Prof. Dr G.A. Lindeboom Institute, Centre for Medical Ethics, 6710 BE Ede, The Netherlands.	La espiritualidad en enfermería es un campo todavía prematuro. La finalidad del estudio es responder a la pregunta: ¿Que competencias necesitan las enfermeras profesionales para proporcionar asistencia espiritual?	El perfil resultante tiene tres dominios centrales: a) Concienciación y uso de uno mismo "autovalía", b) Dimensiones espirituales del proceso de enfermería c) Seguridad y calidad de la pericia y seis competencias centrales acogiéndose a las creencias de uno mismo: 1) Dirigir el tema; 2) Búsqueda de información; 3) Debatir y planear; 4) Proporcionar y evaluar; 5) Integración en la política. Este estudio puede avudar a la futura educación enfermera.	Resumen cualitativo de la literatura internacional, utilizando un formato específico desarrollado por la educación superior de enfermería en Holanda.	

MEDLINE, PUB MED (IX) 1999-2010 (abril)

	Ref BD	TITULO	ORIGEN ESTUDIO	FINALIDAD DEL ESTUDIO	RESULTADOS / CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO	Estu- diantes
24	83	Beddoe AE, Murphy SO. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? J Nurs Educ. Jul;43(7):305-12.	San Jose State University School of Nursing, San Jose, California 95192-0057,	Se estudia si la meditación hace disminuir el estrés y promueve la empatía en los estudiantes de enfermería. El curso intenta proporcionar herramientas a los estudiantes para ingeniárselas con el estrés personal y profesional y promover la empatía mediante el conocimiento intrapersonal.	La participación en la intervención redujo significativamente la ansiedad de los estudiantes (p>.05). Se observaron tendencias favorables en un número de dimensiones del estrés, incluyendo la actitud, la presión del tiempo y el estrés total. Dos dimensiones de la empatía, la angustia/dolor personal y la fantasía, también demostraron tendencias a la baja. La meditación regular en casa fue correlacionada con un beneficio adicional. Conclusión: Los resultados sugieren que ser "meditador" puede disminuir las tendencias de asumir o enfrentarse a las emociones negativas de los demás. Ingeniárselas con el estrés y promover el dominio afectivo son facetas importantes en la educación de enfermería que pueden ser facilitadas por el entrenamiento basado en la meditación y concienciación.	Explorar los efectos de un curso sobre estrés y empatía de 8 semanas de duración, basado en la concienciación de la reducción del estrés (n=16 estudiantes). Cintas de audio de meditación guiada, tareas periódicas.	
25	97	Winchester TA. (2003). Teaching communication skills to nursing home certified nursing assistants. Geriatr Nurs. May-Jun;24(3):178-81.		La atención en cuidados paliativos de calidad, requiere de buenas habilidades de comunicación de una enfermera. Se detecta una falta de capacitación en comunicación durante los programas de formación.	La educación y juegos de rol durante su programa de formación se podría utilizar para aprender estas habilidades, al igual que una serie de cortos videos . Se necesita más investigación para desarrollar y probar nuevos métodos de enseñanza habilidades de comunicación en enfermería domiciliaria y en cuidados paliativos..	Artículo de revisión	

CINAHL (I) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos (journal article research)	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
1	LeBaron, Virginia T.; Bohnenkamp, Susan K.; Reed, Pamela G. (2011) A community partnership approach to building and empowering a palliative care resource nurse team. Journal of Hospice & Palliative Nursina. Jan-Feb:		A pesar de los mandatos de la OMS y el CIE sobre la formación en cuidados paliativos, la educación actual no prepara adecuadamente a los médicos para la atención integral a los pacientes graves y moribundos. Las enfermeras tampoco han tenido una educación formal en cuidados paliativos, a pesar de que las enfermeras están en condiciones únicas y poderosas para favorecer esta atención por su proximidad a la cama del enfermo. Esta intervención intenta reducir la brecha educativa en cuidados paliativos	Los datos cualitativos y cuantitativos recogidos sugieren, que los equipos y recursos de enfermería en cuidados paliativos pueden ayudar a mejorar la prestación en el ámbito de atención de primera línea y en la fase aguda. También que las enfermeras de los hospitales están ansiosas por recibir esta información y reconocen su relevancia para la práctica clínica. La experiencia de desarrollo curricular de cuidados paliativos de enfermería, ejecución y evaluación, puede ser aplicable a otras instituciones con el deseo de mejorar los conocimientos y atención de enfermería en esta faceta de cuidados paliativos.	Diseño, implementación y evaluación de un programa de formación avanzada de enfermería en un equipo de cuidados paliativos (atención terciaria en un centro médico universitario). Investigación descriptiva. Grupos focales en mujeres. Hospicio y Cuidados Paliativos. Atención de enfermería. Estudio multimétodo. Entrevista semiestructurada. Cuidado espiritual. Análisis temático
2	Veltri, Linda M (2010) A naturalistic inquiry of obstetrical staff nurses experiences of clinical learning. University of Wisconsin - Milwaukee, Ph.D. (187 p)	(doctoral dissertation research)	Las enfermeras asistenciales ejercen una gran influencia en el aprendizaje del estudiante. Se estudia esta influencia, a partir de las enfermeras que trabajan en esta enseñanza en el lugar de trabajo clínico.	Surgieron seis temas: 1) Dar y recibir, 2) Avance profesional y personal, 3) Balance del acto, 4) Acto de conocer y trabajar con Usted, 5) Pasado y presente, 6) Género. Los resultados del estudio enfatizan la atención centrada en el paciente y manifiestan la necesidad de que los educadores de enfermería se aseguren de que los estudiantes están preparados en el aprendizaje clínico y para la colaboración. También establecer una mayor comunicación entre el ámbito académico y el asistencial. Igualmente, contemplar la carga de trabajo cuando las enfermeras trabajan con estudiantes y explorar formas de reconocer y compensar este tipo de trabajo	Estudio cualitativo. Muestra intencionada de 12 enfermeras hospitalarias, participaron en una entrevista semi-estructurada para compartir sus experiencias no estructuradas, cuando los estudiantes de enfermería están presentes en la unidad clínica de aprendizaje. Se analizaron los datos de forma inductiva a partir del método comparativo constante. Educación. Investigación naturalista. Experiencias de trabajo

CINAHL (II) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
3	Duxbury JA; Wright KM; Hart A; Bradley D; Roach P; Harris N; Carter B (2010). A structured observation of the interaction between nurses and patients during the administration of medication in an acute mental health unit. Journal of Clinical Nursing, Sep; 19(17/18): 2481-92	(journal article research, questionnaire/scale)	El objetivo del estudio es describir las prácticas actuales en la administración de medicación en una unidad de agudos de salud mental. Se trata de estudiar los factores que influyen en las decisiones enfermeras durante la "ronda". La preocupación se centra en torno a la mala evaluación de las necesidades del paciente y la calidad de la información.	En los resultados aparecieron expertos en un estilo de comunicación interpersonal positiva, pero no tanto en la demostración de presentar habilidades de colaboración y representar y proporcionar información. Por Ej., mientras que las enfermeras han comunicado calor en el 97 % de los casos (a través de comportamiento no verbal, como contacto visual), el suministro de información solo se inició en el 46% de los casos. Consultas respecto a la salud general del paciente en el 35% de los casos y sobre tomar la medicación en el 17% de los casos. El consentimiento verbal se busco en el 25% de los casos, aunque en general se han respetado cuestiones de procedimiento. Las conclusiones sugieren una colaboración limitada entre las enfermeras y los pacientes y un escaso seguimiento del estado de salud y los efectos de la medicación. El intercambio de información se podría mejorar, reflexionando sobre las habilidades personales de las enfermeras.	Este estudio incluye la observación de "rondas" de 20 medicamentos durante mas de tres meses. Esta observación se utiliza para informar sobre las interacciones enfermera-paciente y los aspectos de la comunicación en cada ronda. Observación no participante y estructurada de la interacción enfermera-paciente en una unidad de agudos de salud mental.
4	Gabe, Marie E.; Davies, Gwyneth A.; Murphy, Fiona; Davies, Michelle; Johnstone, Linzi; Jordan, Sue (2011). Adverse drug reactions: treatment burdens and nurse-led medication monitoring. Journal of Nursing Management, Apr; 19(3):	(journal article)	Reacciones adversas de los medicamentos recetados por enfermería y posibilidades de introducir una supervisión dirigida por enfermeras.	Entre las consideraciones importantes, incluyendo el tiempo de pacientes y profesionales, se añade el papeleo, la educación enfermera y la formación en comunicación entre profesionales, aspectos todos ellos que deben ser explorados, cara a obtener los beneficios clínicos y resultados en los pacientes .	Revisión bibliográfica
5					

CINAHL (III) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
5	Zalewski MA; Beikman S; Ferrari S; Slavish K; Rosenzweig M (2010). Breast cancer follow-up: strategies for successful collaboration between cancer care specialists and primary care providers. Journal for Nurse Practitioners, Jun; 6(6):	(journal article)	Desde los requerimientos de atención especializada de la enfermería de atención primaria y de familia, se analizan las consideraciones específicas de la puesta en escena del cáncer de mama, el tratamiento y los efectos a largo plazo.	Se destaca la importancia de una óptima comunicación entre el proveedor de la atención de cáncer y los proveedores de atención primaria.	
6	452-63 (97 ref) Wright, Pauline Rita (2010). Care, culture, and education Nursing students' perceptions of care and culture: implications for practice. Lesley University Ph D	(doctoral dissertation research)	En una sociedad multicultural, las enfermeras se encuentran con pacientes cuyos antecedentes son distintos a los suyos. Estos necesitan atención de enfermeras competentes en su trabajo y sobre el papel que desempeña la cultura en el tratamiento del paciente.	Los resultados indican que los padres y familiares, en combinación con los educadores, fueron fundamentales en el aprendizaje sobre la cultura. Se señaló la importancia de una comunicación eficaz con el paciente, sin embargo, solo un estudiante señaló como importante la necesidad de un intérprete médico. Se señala el hallazgo como problemático, ya que los estudiantes no reconocieron la importancia de la limitación de conocer el inglés y el uso de servicios de interpretación. Se sugiere la necesidad de educación transcultural en enfermería y especialmente sobre la comunicación asistencial con pacientes extranjeros.	Estudio cualitativo. 45 estudiantes matriculados en una licenciatura de enfermería, respondieron una encuesta sobre su percepción de la relevancia de la cultura en la atención y aplicación en la práctica de enfermería.
7	Garavalia, Linda; Ho, P. Michael; Garavalia, Brian; Foody, JoAnne M.; Kruse, Heather; Spertus, John A.; Decker, Carole (2011). Clinician-patient discord: exploring differences in perspectives for discontinuing clopidogrel. European Journal of Cardiovascular Nursing,	(journal article research)	Conocer las causas de porque los pacientes con infarto de miocardio suspenden prematuramente un tratamiento antiplaquetario (clopidogrel).	En las conclusiones se expone que los pacientes identifican, la educación y la comunicación (por ejemplo no se dan cuenta de la duración prevista del tratamiento), como las razones para haber parado el tratamiento, mientras que las causas aludidas por los médicos se refieren al coste del tratamiento para la interrupción temprana. Se sugiere que los médicos en lugar de centrarse en altos costes de la medicación, deben centrarse en una comunicación más efectiva y la duración prevista del clopidogrel a sus pacientes	Estudio cualitativo descriptivo (n=22 pacientes y médicos y enfermeras n=17) en múltiples ciudades de EEUU. Se utilizó un análisis de contenido de la entrevista y se compararon los resultados de los pacientes y los médicos.

CINAHL (IV) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base d	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
8	Henson A; Carpenter S (2010). CNE: Continuing Nursing Education. Intra-Operative Hemodialysis During Liver Transplantation: An Expanded Role of the Nephrology Nurse. Nephrology Nursing Journal, Jul-Aug; 37(4): 351-6	(journal article)	Se refiere a la hemodiálisis en el caso de trasplante hepático y la importancia de la formación adicional para las enfermeras de nefrología.	Enfatiza la importancia de los conocimientos, habilidades avanzadas y un alto nivel de comunicación por parte de las enfermeras. con miembros de un equipo desconocido en el caso del trasplante hepático.	
9	Denier Y; Gastmans C; De Bal N; Dierckx de Casterlé B (2010). Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing, Dec; 19(23/24): 3372-80	(journal article research)	El objeto del estudio es describir la comunicación durante el proceso de atención de la eutanasia, en los enfermos terminales de hospitales generales de Flandes y como se ve desde la perspectiva enfermera. La literatura internacional, muestra que las enfermeras participan en el proceso de atención alrededor de la eutanasia, al margen de la condición jurídica de la eutanasia en el país objeto de estudio.	Los resultados sugieren que para las enfermeras, la comunicación es un instrumento clave para la realización de una atención de calidad, ante el proceso de eutanasia. Al ser la esencia de estos cuidados, esta comunicación enfermera requiere apoyo y orientación desde el nivel correspondiente de la educación enfermera, así como directrices profesionales en el contexto hospitalario.	Se analizaron 18 entrevistas semiestructuradas en profundidad, con personal de enfermería de nueve hospitales de Flandes (Belgica). Se realizaron a lo largo de un periodo de 20 meses durante 2005-2006.
10	O'Connor, Marian (2011). Criteria for success using an inflammatory bowel disease nurse telephone service. Gastrointestinal Nursing, Mar; 9(2): 36-42 (30 ref)	(journal article research)	El establecimiento de un servicio telefónico atendido por enfermeras para la gestión de enfermedades a largo plazo, mejora el acceso y evita el deterioro de la condición de los pacientes. Se establecen claves de	Se establecen criterios de éxito para un servicio telefónico de enfermería ante una enfermedad inflamatoria intestinal. También se examinan los criterios para la prestación de un servicio telefónico segura y exitosa, así como las implicaciones de costes de este servicio.	

CINAHL (V) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
11	Jootun, Dev; McGhee, Gerry (2011). Effective communication with people who have dementia. Nursing Standard, Feb 23-Mar 1; 25(25):40-7 (27ref)	(journal article - case study)	Explorar las habilidades necesarias para una comunicación efectiva con personas que tienen demencia.	La limitación de este tipo de pacientes con trastorno cognitivo, puede dificultar la detección de necesidades a atender por parte de la enfermera, lo que atribuye mayor importancia a la comunicación ante personas con demencia.	
12	Sharma, Pragya; Devi, Elsa Sanatombi; Latha, T.; Prakash, Ratna; Mayya, Sreemathi (2010). Efficacy of an interactive session on nursing students' perception of assertiveness in clinical milieu. International Journal of Nursing Education, Jul-Dec; 2(2): 35-6 (5 ref)	(journal article research)	El alejamiento de enfermería de los roles subordinados y los estereotipos tradicionales, favorece la necesidad de un comportamiento asertivo por parte de las enfermeras, especialmente para comunicarse de forma efectiva con el paciente, además de poder ayudar al desarrollo de la confianza profesional. Se recomienda el fomento de esta técnica o habilidad, a través de la educación en los programas de pregrado	Se presentan los resultados de las puntuaciones obtenidas a partir de la evaluación (pre test-post test) de una sesión formativa e interactiva, de asertividad para estudiantes. La sesión se considero positiva para la sensibilización de estudiantes hacia la asertividad en el entorno clínico.	
13	Spencer JA; Lunsford V (2010). Electronic documentation and the caring nurse-patient relationship. International Journal for Human Caring, 14(2): 30-5 (39 ref)	(journal article-review)	Se ofrece una revisión de la tecnología y la simulación en la enseñanza de la enfermería. Se analiza el uso de la simulación como medio para incorporar documentación electrónica en el cuidado de la enfermera-paciente.	La tecnología puede aumentar y apoyar los aspectos de la atención de la relación enfermera-paciente. Esto ocurre a través de una mejor comunicación en el cuidado, a través del acceso a la información y obteniendo elementos de ahorro de tiempo.	Practica y demostración a través de técnicas de simulación.

CINAHL (VI) 2010-2011 (junio)

CINAHL (VI) 2010-2011 (junio)					
Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
14	Small L; Pretorius L (2010) Health SA Gesondheid Foreign nursing students: their profile and perceptions of nursing care in Namibia, Dec; 15(1): 45-	(journal article research)	Desde 1998 Namibia acoge estudiantes extranjeros. A partir de las aportaciones de los mismos alumnos, surge la pregunta de cómo lograr para ellos una ubicación óptima.	Los datos obtenidos refieren la prevalencia de ciertas características comunes entre estos estudiantes internacionales. Tienden a ser aventureros, cariñosos y sensibles a cuestiones sobre los derechos humanos. Esto se correlaciona con el deseo y conciencia cultural según modelo de Campina- Bacote. En las respuestas de preguntas abiertas de los estudiantes emergen tres temas: 1) la enfermería en Namibia tiene características identificables, 2) Hay un estilo de comunicación paternalista y unilateral de los cuidadores de ancianos en Namibia, 3) la prestación de atención de enfermería en este país se caracteriza por una actitud de desapego. Se concluye que estos temas correlacionan con una conciencia y conocimiento cultural por parte de los estudiantes de enfermería y conocerlos, favoreció ayudar a estos estudiantes en su colocación y en su adaptación clínica	Se toman como referentes aspectos del modelo Campina- Bacote y del proceso de Competencia Cultural en la prestación de servicios de salud. Se realiza una encuesta con preguntas abiertas y cerradas en estudiantes de enfermería que realizan un encuentro cultural en Namibia (ya sea por razones personales o por completar su formación de enfermería transcultural). Culturales. Se recogen datos de su información biográfica (perfil) y de sus percepciones en los cuidados en Namibia, en tanto que estudiantes extranjeros

CINAHL (VII) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
15	Saxton, Rebecca (2010) Impact of an educational intervention on perioperative nurse self- efficacy to address disruptive physician behavior. University of Missouri - Kansas City, Ph.D. (86 p)	(doctoral dissertation- research)	Se parte del reconocimiento de un vínculo indiscutible entre el comportamiento perturbador de los proveedores del cuidado de la salud y los resultados negativos en el paciente. Se considera que zonas de alto estrés, incluyendo el periodo perioperatorio, son especialmente propensas a este comportamiento. En Julio de 2008, la Comisión Conjunta (TJC) emitió una alerta de evento centinela, sobre los comportamientos que socavan un cultura de seguridad e introdujo una norma de un nuevo liderazgo que ordena que todas las organizaciones acreditadas desarrollen procesos para la gestión de conductas perturbadoras, tales como un sistema de vigilancia del problema y la formación en habilidades de comunicación y resolución de conflictos.	El primer estudio determino que la incidencia de la conducta de los médicos perjudiciales en el perioperatorio de un centro médico era alarmantemente alto. El 95% de las enfermeras perioperatorias encuestadas, manifestaron haber sido testigos y/o haber experimentado el comportamiento perturbador. El segundo estudio desarrollo la intervención de comunicación, basada en las habilidades conversacionales cruciales en la situación de salud. Para ello, se considera el componente de interacción del modelo de la Teoría de Humanización de la Comunicación en Enfermería y el componente de auto-eficacia de la Teoría Social Cognitiva. Para evaluar la eficacia de la intervención, se emplea una escala tipo Likert con 10 ítems. Para el abordaje del comportamiento perturbador, se ha desarrollado una escala, probada, que se ha reconocido como instrumento valido, fiable y sensible para medir la eficacia de la enfermera para hacer frente a esa conducta del medico perjudicial. El tercer estudio implementado, ha evaluado la intervención. Los resultados manifiestan un aumento estadísticamente significativo en las puntuaciones promedio totales de autoeficacia, después de la intervención así como cuatro semanas mas tarde. Además, los participantes fueron capaces de abordar la conducta de los médicos perjudiciales un 71% de las veces, cuatro semanas después de la intervención. Los resultados de estos estudios sugieren que, a través de educar a las enfermeras en habilidades de comunicación, es posible desarrollar una estrategia de intervención que puede ayudar a hacer frente a la grave amenaza que supone para la seguridad del paciente, la conducta de los médicos	17 Enfermeras perioperatorias participaron en dos días de desarrollo del programa de habilidades de comunicación presentado por un entrenador certificado.
			El propósito general de este estudio fue desarrollar, implementar y evaluar una intervención educativa de habilidades de comunicación en las enfermeras. La finalidad fue aumentar la auto-eficacia de las enfermeras peri-operatorias, para hacer frente a la conducta del médico perjudicial. Para lograr este objetivo se llevaron a cabo		

CINAHL (VIII) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
16	Stavetski, Sandra L.; Avery, Sonja; Rosenthal, David N.; Roth, Stephen J.; Wright, Gail E. (2011). Implementation of a comprehensive interdisciplinary care coordination of infants and young children on Berlin heart ventricular assist devices. Journal of Cardiovascular Nursing, May-Jun; 26(3): 231-8 (30 ref)	(journal article)	Los niños pequeños apoyados por un dispositivo de asistencia ventricular (VAD), pueden tener hospitalizaciones prolongadas en espera del trasplante de un corazón adulto. La literatura demuestra que los programas integrales pueden optimizar los resultados del trasplante. El objetivo de la intervención que se presenta fue la creación de un programa interdisciplinario para optimizar la coordinación de la atención en los niños pequeños que requieren asistencia ventricular	Resultados: Se han apoyado 8 bebés y niños pequeños que han requerido VAD. Sus hospitalizaciones han sido más complejas que la de adultos y han requerido cuidados intensivos durante periodos prolongados. Un grupo interdisciplinario evaluó nuestras prácticas y las áreas identificadas de mejora potencial. Entre estas figuran: pautas de atención interdisciplinaria a los enfermos crónicos en estado crítico; la actuación de un médico y una enfermera practicante de cuidados intensivos cardiovasculares; introducción de una intervención psicológica a las familias para minimizar el impacto de su larga estancia, aumento de la estructura de las rondas interdisciplinarias para optimizar la comunicación del equipo, etc. La conclusión es que la coordinación de la atención integral y práctica interdisciplinaria puede alcanzarse en UCI y beneficiar a los pacientes pediátricos con insuficiencia cardíaca y otros pacientes que requieren apoyo a largo plazo.	Estudio de revisión de caso.
17	Tregunno, Deborah; Gordon, Sandra; Gardiner-Harding, Peter (2010). Implementing Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC): lessons from an early adopter site. Canadian Journal of Nursing Leadership, 23(3): 56-68 (16 ref)	(journal article - case study, research)	La evaluación de la calidad del apoyo, basado en la evidencia de la toma de decisiones, ha ganado impulso en las dos últimas décadas. En Ontario, la iniciativa sobre la obtención de resultados de una mejor información y atención en salud (HOBIC), se ha convertido en una estrategia de la gestión de la información en la provincia, como forma de demostrar el impacto de los cuidados de enfermería en la salud. En otoño de 2006, la ejecución HOBIC se propuso el objetivo de compartir las lecciones con otras organizaciones de salud	La finalidad era una mayor comprensión de los factores de apoyo y no apoyo y la integración de HOBIC en la práctica profesional. Los participantes informaron de una falta de confianza con HOBIC que atribuyeron a la escasez de recursos para la educación continua y apoyo. Juntos hemos desarrollado un taller de simulación para mejorar las habilidades de comunicación para lograr una interacción enfermera-paciente más significativa durante la evaluación HOBIC. Este documento se centra sobre la realidad de que la ejecución de HOBIC, no es nada sencilla para la atención de los líderes de enfermería canadiense. El verdadero reto en la aplicación de HOBIC no es el dominio de la tecnología per se, sino el apoyo a las enfermeras y a su capacidad para adaptarlo a la práctica diaria, con	Taller de simulación para mejorar las habilidades de comunicación en la interacción enfermera-paciente durante la evaluación HOBIC.

CINAHL (IX) 2010-2011 (junio)

Ref BD		TITULO	Clasificación según base de datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
18	27	Christoffersen J; Barron A; Lynch M; Caroline H (2010). Integrating Psychosocial Skills into a Medical-Surgical Curriculum in a Baccalaureate Nursing Program. Journal of Nursing Education, Oct; 49(10): 573-7 (16 ref)	(journal article)	Enseñar a los estudiantes a interactuar con los pacientes y sus familias, queda a menudo en segundo lugar, a la hora de asistir enfermedades agudas, en especial las de configuración médica quirúrgica. En los últimos años, miembros de Psiquiatría y Médico-Quirúrgica de una Universidad de Boston, han luchado para preparar a los estudiantes de la mejor manera, tanto en los aspectos físicos como psicosociales de la atención.	Este artículo trata sobre la evolución de la consulta de un modelo formativo coordinado con Psiquiatría.	
19	28	Storr GB (2010). Learning how to effectively connect with patients thorough low-tech simulation scenarios. International Journal for Human Caring, 14(2): 36-40 (8 ref)	(journal article - anecdote)	Muchos estudiantes, consideran la enseñanza-aprendizaje de actividades en torno a cuidar la comunicación, como una pérdida de tiempo, en contraste con la enseñanza-aprendizaje de las actividades dedicadas a habilidades técnicas. Ayudar a los estudiantes a superar esta percepción, se puede lograr con el propósito de incorporar conocimientos a través de un ejercicio de simulación.	La simulación ayuda a los estudiantes a reconocer que el cuidado no es innato, que el cuidado profesional tiene una naturaleza distinta que puede ser aprendida de forma segura a través de la simulación y que solo se puede conocer de otro mundo subjetivo, cuando la otra persona se siente segura en su comunicación sobre el mundo.	
20	30	Tirado Pedregosa G (2010). Nursing assessment of the immigrant population [Spanish]. Metas de Enfermería, May; 13(4): 10-4 (14 ref)	(journal article)	La variabilidad del origen de las culturas, hace necesaria para enfermería, un tipo de evaluación específica en las personas.	El artículo propone una tipo de evaluación basado en los patrones funcionales de M Gordon, para poder dar atención integral a la población inmigrante y a diversidad cultural de nuestra propia comunidad.	

CINAHL (X) 2010-2011 (junio)					
Ref BD	TITULO	Clasificació n según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
21	Kalafati, Maria; Paikopoulou, Dimitra (2011). Nursing Care of Culturally Diverse Patients in the Intensive Care Unit. Nosileftiki, Jan; 50(1): 49-62 (50 ref)	(journal article - research, systematic review)	Objetivo: Definir los temas específicos que las enfermeras de cuidados críticos encuentran en una población cada vez mas multicultural.	<p>Resultados: la investigación internacional se ha centrado en cuatro temas, a los que se han de enfrentar los enfermeros de cuidados críticos en el cuidado de pacientes que difieren de la cultura local de la mayoría de población, a saber:</p> <p>a) la comunicación con el paciente y su familia, que se ve afectada por la comunicación verbal y la comunicación no verbal contacto y la consiguiente repercusión al dar las malas noticias y también las diversas formas de expresión de emociones por parte de las familias.</p> <p>b) Las cuestiones de toma de decisiones que pueden ser materia de un paciente y/o de su familia y/o del medico que les trata.</p> <p>c) Los conflictos sobre la autonomía del paciente y la autodeterminación que se asignan a partir de las voluntades anticipadas (VA) y pueden referirse a "no resucitar", ordenes, donación de órganos y eutanasia.</p> <p>d) Los cuidados al final de la vida determinados por creencias religiosas y culturales del paciente y de su familia, que debe ser profundamente respetado por las enfermeras de cuidados críticos, sin la interferencia de sus creencias personales sobre la muerte y el cuidado de los muertos y del cuerpo.</p> <p>Conclusiones: Las enfermeras deben ser expertas en ofrecer cuidados de enfermería a pacientes críticos con diversidad cultural. Necesitan desarrollar competencias, habilidades y prácticas de respeto a las culturas, así como un punto de vista universal y filosofía multicultural</p>	<p>Revisión de artículos entre 1994-a 2010 a partir de bases de datos de PubMed, Cinahl, Medline, Google, Wikipedia e IMEPO y en bibliotecas de instituciones académicas.</p> <p>Criterios del estudio: pacientes mayores de 16 años, con enfermedades graves o incurables, que necesitan cuidados críticos o de emergencia, con diferencias religiosas, culturales, étnicas y raciales en relación a la población local. Aparte se consideraron otros criterios secundarios (nivel educativo y socioeconómico, creencias políticas, estado civil y orientación sexual. Las razones de la inmigración no se tuvieron en cuenta en la revisión</p>

CINAHL (XI) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
22	Sabo, Brenda Marie (2010). Nursing from the heart: an exploration of caring work among hematolgy/blood and marrow transplant nurses at three Canadian tertiary centres. Dalhousie University (Canada). Ph.D. (221 p)	(doctoral dissertation – research)	La investigación sobre el estrés y vida laboral de los profesionales de la salud sigue en aumento. En particular, se ha identificado el estrés en la enfermería oncológica. El propósito de esta investigación es un estudio fenomenológico para mejorar el conocimiento y la comprensión de los efectos del trabajo y la comprensión de la salud y bienestar psicosocial de enfermería, en los casos de cuidados ante trasplantes hematológicos, sangre y médula ósea, que han sido poco estudiados	<p>Los relatos concluyen con la novedad, de que la presencia compasiva puede disminuir la posibilidad de estrés laboral (por ejemplo agotamiento, fatiga de la compasión, sufrimiento moral y/o traumatización vicaria), muchos de los cuales surgieron de asuntos más allá del paciente y la interacción familiar. Cuatro temas interrelacionados constituyen el núcleo que sustenta este hallazgo clave: a) testimonio de sufrimiento, b) incertidumbre del proceso, c) sentirse cómodo en la propia piel y d) necesidad de sentirse apoyado. Los resultados desafían la noción de que el trabajo con pacientes que están sufriendo, traumatizados o al final de la vida, conduce inevitablemente a consecuencias adversas.</p> <p>La discusión enlazada con las investigaciones y contribuciones realizadas, destaca entre los aspectos relevantes para la práctica de enfermería, la educación. Estos estudios incluyen el acceso a la educación continua (por ejemplo, las terapias emergentes y al final de la atención), la integración de equipos de colaboración con el cuidado, mejora de la comunicación y estrategias de autocuidado</p> <p>Más importante aún, este trabajo reconoce y valida el papel significativo de la relación enfermera-paciente-familia en el trabajo de enfermería ante trasplantes hematológicos, sangre y médula ósea. Los resultados del estudio apuntan a una necesidad de investigación para identificar los factores que apoyan un ambiente positivo de trabajo, mejorar la salud y el bienestar psicosocial de las enfermeras que realizan este completo trabajo.</p>	12 Enfermeras de tres centros de atención terciaria en Canadá, participaron en las entrevistas en profundidad y en grupos focales.

CINAHL (XII) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
23	Lindwall L; Lindberg A; Daleskog I; von Post I (2010). Older patients and the perioperative dialogue -- a hermeneutical study. International Journal for Human Caring, 14(3): 29-35 (35 ref)	(journal article-)	El estudio trata de conocer las necesidades de pacientes ancianos sometidos a cirugía, a partir del dialogo perioperatorio.	Los resultados muestran que los pacientes ancianos sometidos a cirugía, son personas: a) con recuerdos de la vida que han vivido, b) cuyo cuerpo les ha traicionado, c) preocupados y con miedo antes de la operación, d) necesitados de ayuda de familiares y amigos. El paciente de edad avanzada es un ser humano único, una totalidad con un pasado propio y una vida que han vivido (presente, tiempo de cambio, futuro v. tiempo de recuperación).	Estudio hermenéutico. Se realizan 54 historias de dialogo perioperatorio.
24	Aboshaiqah, Ahmad E(2010). Patients safety culture: a baseline assessment of nurses' perceptions in a Saudi Arabia hospital. Wayne State University. Ph.D. (172	(doctoral dissertation-research)	La seguridad del paciente se ha convertido en una de las principales preocupaciones de la atención sanitaria. Para promover y sostener una cultura de seguridad en una organización sanitaria, los profesionales de la salud destacan la necesidad de comprender tanto las contribuciones individuales, como el sistema de eventos de error. En Arabia Saudita se sabe poco acerca de las percepciones de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente. El propósito de esta investigación es identificar los factores que las enfermeras registradas (RN), perciben como una contribución a una cultura de seguridad del paciente y para estudiar los efectos que estas percepciones tienen en la participación de las enfermeras y el compromiso con dicha cultura. de seguridad en el King Fahad Medical City (KFMC)	El 52% de enfermeras encuestadas percibe favorablemente la cultura de seguridad del paciente, considerada como una oportunidad de mejora. Las dos dimensiones contestadas mas favorablemente fueron: a) el apoyo en la gestión hospitalaria para el paciente. b) la seguridad y el aprendizaje organizacional. Las dimensiones contestadas mas negativamente fueron: a) la transferencia de hospitales y transiciones, b) la apertura de comunicación, c) la respuesta no punitiva al error, d) las acciones de promoción de seguridad del paciente a partir de las expectativas del supervisor o gerente. Hubo diferencias en las respuestas de las enfermeras (edad, sexo, habla o no arable, etc.) aunque no correlacionaron significativamente con ninguna dimensión. Se pretende favorecer la difusión de la cultura de seguridad del paciente en hospitales de Arabia Saudita.	Metodología de investigación cuantitativa con diseño descriptivo/correlación. Muestra: 600 enfermeras RN de KFMC, que recibieron una encuesta, de las que fueron devueltas 500. La Encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente (HSOPSC), fue el instrumento utilizado para medir las percepciones de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente. La tasa de respuesta fue del 83%. En el marco teórico de este estudio se utilizo el sistema conceptual de King

CINAHL (XIII) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
25	Ben-Mordderchai B; Herman A; Kerzman H; Irony A (2010). Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. International Journal of Orthopaedic & Trauma Nursing, May; 14(2): 66-74 (16 ref)	(Journal article research)	La educación del paciente en el momento del alta es un desafío para el personal médico, pacientes y familiares de los pacientes. Es el caso de los temores y preocupaciones de los pacientes ortopédicos en relación con su propio autocuidado y la gestión de su soporte por la comunidad. Así, las instrucciones dadas en el momento del alta, podrían influir en la percepción y los niveles generales de satisfacción de los pacientes en relación con su experiencia hospitalaria. El objetivo de este estudio, es evaluar el impacto de una modalidad estructurada, en comparación con la educación estándar del paciente en el momento del alta hospitalaria	necesidad de mejora. El grupo 1 de pacientes: tuvo menos quejas de dolor (23,48 %), en relación con el grupo 2 (34,70,8 %). El cumplimiento de su seguimiento también fue mayor (44,93,6%) frente a 37,71,1% y se informo de una mayor satisfacción de la comunicación y explicaciones enfermera-paciente (19,4 y 11,5%) que el grupo 2 (17,8 y 9,7%). El numero de visitas médicas no programadas o al servicio de urgencias fue similar en ambos grupos. El grupo 1 tenia mejor actividad funcional, medida por la actividad de la vida diaria. En la discusión se plantea que el alta estructurada ofrece una alternativa fácil de implementar, en relación con las instrucciones estándar y mejora la satisfacción del paciente, el tratamiento del dolor, el cumplimiento de un seguimiento y un mejor estado funcional	Método comparativo. Modalidad estructurada: Pacientes ortopédicos dados de alta (n=47, grupo 1) o estándar (n=48, grupo 2). En el grupo 1 las enfermeras emplean cuaderillos para guiar a los pacientes. Seis semanas después del alta, todos los pacientes fueron entrevistados por teléfono en relación con sus niveles de satisfacción de la hospitalización, tratamiento del dolor, estado funcional y el cumplimiento de visitas de seguimiento
36					

CINAHL (XIV) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
26	Krautscheid, Lorretta C.; Orton, Valerie J.; Chorpenning, Lori; Ryerson, Rachel (2011). Student Nurse Perceptions of Effective Medication Administration. <i>Journal of Administrational Journal of Nursing Education Scholarship</i> , 8(1): 1-15 (29 ref)	(journal article)	Las Facultades de Enfermería se esfuerzan por educar a los estudiantes en la evitación de errores, promover la calidad y el cuidado centrado en el paciente. Este esfuerzo depende de que la educación sea significativa y eficaz e incorpore las experiencias educativas de reflexión del sector de servicios. Por otro lado, los informes anecdóticos de los profesores clínicos y estudiantes de enfermería, sugieren que en relación con la administración de medicamentos, no es posible la formación académica óptima en cuanto a la preparación para una entrada segura en la práctica clínica. El objetivo de esta investigación, es entender las percepciones de los estudiantes de enfermería, en relación con las estrategias de enseñanza aprendizaje que les preparo para la administración segura de medicamentos, en los centros de atención clínica aguda	Las entrevistas con grupos dio lugar a dos grandes temas que se identificaron como efectivos de la educación y como brechas en la educación. Dentro de los temas generales, los resultados revelaron en los estudiantes de la facultad, demostraciones de valor, oportunidades de aprendizaje entre iguales y la practica repetitiva con la información oportuna. En cuanto a las brechas educativas, los estudiantes revelaron que necesitan aprender estrategias de comunicación y de resolución de conflictos, que les ayuden a gestionar en el mundo real interrupciones, distracciones, y las alertas generadas por el ordenador. Los resultados del estudio recomiendan implementar el apoyo pertinente dentro de las actividades académicas del laboratorio de aprendizaje.	Investigación cualitativa fenomenológica.

CINAHL (XV) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
27	Jirwe M; Gerrish K; Emami A (2010). Student nurses' experiences of communication in cross- cultural care encounters. Scandinavian Journal of Caring Sciences. Seo:	(journal article research)	La comunicación es un componente fundamental en los encuentros de cuidado transcultural. Las enfermeras tienen dificultades de comunicación en situaciones en las que no hablan el mismo idioma que sus pacientes. Las dificultades de comunicación son un gran obstáculo para los pacientes inmigrantes y puede conducir a una información insuficiente y mala atención de la calidad de los cuidados en relación a la mayoría de la población. Objetivo: explorar las experiencias de comunicación de los estudiantes de enfermería en los encuentros de cuidado transcultural	En los resultados se identificaron cuatro temas: a) la conceptualización de atención en encuentros interculturales, b) dificultades de comunicación, c) estrategias de comunicación y d) factores que influyen en la comunicación. La cultura se equiparó con el país de origen. Los encuentros interculturales se establecen en la atención a pacientes de origen inmigrante, de una cultura distinta a la de la enfermera. Los estudiantes de enfermería experimentan dificultades particulares al comunicarse con los pacientes con los que no comparten un idioma común. Esto condujo a generarse una atención mecánica e impersonal. Ellos tenían miedo de cometer errores y carecían de habilidades y confianza en los pacientes interrogados. Se utilizaron diversas estrategias para superar las barreras de comunicación, incluyendo la mediación a través de la interpretación de familiares, la comunicación no verbal, gestos y objetos. Otros factores que han influido en la comunicación incluyen: la actitud del estudiante, los conocimientos culturales adquiridos a través de la educación y la experiencia de la vida. Conclusión: si bien los estudiantes de enfermería buscan formas creativas de comunicarse con los pacientes de diferentes orígenes culturales, carecen de las habilidades y la confianza en la comunicación intercultural. Los programas de enfermería, para hacer frente a este déficit, es necesario que se aseguren de que las enfermeras están equipadas con los conocimientos y las habilidades para brindar atención de calidad.	Material y métodos: entrevistas semi-estructuradas realizadas en una muestra intencional de 10 estudiantes de último año de una universidad de Suecia: 5 participantes eran de origen sueco y 5 de origen inmigrante. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas empleando un enfoque marco. Se exploran las experiencias de comunicación de los participantes en los cuidados de encuentro transcultural.

CINAHL (XVI) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
28	Langewitz W; Heydrich L; Nübling M; Szirt L; Weber H; Grossman P (2010). Swiss Cancer League communication skills training programme for oncology nurses: an evaluation. Journal of Advanced Nursing, Oct; 66(10): 2266-77 (43 ref)	(journal article research)	El documento que se presenta es un informe de una evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento en habilidades comunicativas para las enfermeras de oncología. La atención clínica de los pacientes con cáncer es cada vez más dividida entre médicos y enfermeras. Las enfermeras son responsables de la continuidad de cuidados al paciente, la elección de oncólogos y de explicar los fundamentos de la terapia contra el cáncer. Por lo tanto, las enfermeras de oncología se beneficiarán de la evidencia del entrenamiento en habilidades comunicativas, que les permitan actuar de una manera profesional	Resultados: Adecuada empatía (1.6% frente al 3.2%), declaraciones tranquilizadoras (2.3.3% frente a 4%), cuestiones relativas a la información psicosocial (2.8 % frente a 4.0%) aumentaron significativamente. Las expresiones con contenidos de información médica disminuyeron por parte de las enfermeras (17% vs 8.13.3%) y los pacientes (8% vs 1.6.7%) y los pacientes dieron mas información psicosocial (3.3% frente a 5.7%). El nivel de congruencia y las respuestas empáticas a las señales emocionales de los pacientes. aumentaron de forma estadísticamente significativa, al igual que la longitud del discurso ininterrumpido (3.7-4.3 expresiones, todos P<0.05). Conclusión: La formación de habilidades de comunicación de la Liga del Cáncer Suiza, podría ser utilizada como un modelo para lograr mejoras sustanciales en la comunicación centrada en el paciente. El análisis de secuencias de expresiones de la interacción entre paciente y proveedor de cuidados, debe ser utilizado para evaluar la cantidad de habla centrada en el paciente	Método. Entre 2003 y 2006, se compararon interacciones de entrevistas con pacientes simulados, grabadas en videos, mediante el Sistema de Análisis Roter. La centralidad del paciente se evaluó contando los segmentos de interacción mutua, respuestas a sus demandas y mediante el calculo de longitud de la palabra del paciente sin interrupciones.
29	Schlachta-Fairchild L; Varghese SB; Deickman A; Castelli D (2010). Telehealth and telenursing are live: APN policy and practice implications. Journal for Nurse Practitioners, Feb; 6(2): 98-106 (21 ref)	(journal article)	En Estados Unidos las enfermeras de practica avanzada (APN), son actualmente lideres en la practica de la tele-enfermería y deben ser conscientes de las cuestiones de política importantes, para seguir avanzando en el uso de la tele salud por parte de estas APN.	Son cuestiones clave, aspectos como la selección de la tecnología, los principios de ejecución, licencia interestatal, la negligencia y el reembolso de tele-salud, para seguir avanzando en la tele-enfermería. Además las estrategias basadas en la evidencia, son necesarias para demostrar el uso de las interacciones de cuidado con los pacientes a través de la tecnología y son clave para promover la tele-enfermería en la APN. Por ultimo, APN deben ser conscientes de como la tele-enfermería puede afectar a la escasez de enfermeras en EEUU, proporcionando acceso ala atención, independientemente de la ubicación geográfica de los proveedores y los pacientes	

CINAHL (XVII) 2010-2011 (junio)

Ref	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
30	Wittenberg-Lyles E; Goldsmith J; Ragan SL (2010). The COMFORT initiative: palliative nursing and the centrality of communication... orientation and opportunity, mindfulness , family, oversight, reiterative and radically adaptive messages, and team. Journal of Hospice &	(journal article)	En enfermería se ha prestado poca atención, a las necesidades de formación específicas de comunicación para el trabajo en equipo de las enfermeras de cuidados paliativos.	Los autores presentan la iniciativa con comodidad, como un esbozo de los principios de la enfermería narrativa. La comodidad es un acrónimo de la comunicación, la orientación y la oportunidad, la atención plena, la familia, la supervisión, los mensajes reiterativos de adaptación y el equipo. Se pueden analizar los detalles de la comunicación en el trabajo y la explicación de cada término, junto a una viñeta de estudio de caso. Se propone la integración de la iniciativa de confort en la educación de enfermería.	Basada en la narrativa de la comunicación o de enfermería narrativa, se propone como un marco para el desarrollo de preparación integral de comunicación para las enfermeras. Se basa en la investigación clínica y no clínica en cuidados paliativos, los cuidados paliativos y la configuración de la educación médica.
31	Cummings GG; Midodzi WK; Wong CA; Estabrooks CA (2010). The contribution of hospital nursing leadership styles to 30-day patient mortality. Nursing Research, ep-Oct; 59(5): 331-9	(journal article research)	Las características del entorno de trabajo de enfermería en particular, se han vinculado con los resultados del paciente (efectos adversos y mortalidad de los pacientes). Los investigadores apuntan la necesidad de promover un cambio en las organizaciones sanitarias a través del liderazgo enfermero y crear ambientes asistenciales más seguros para los pacientes. La relación entre estilos de liderazgo enfermero en los hospitales y los resultados de los pacientes, no ha sido bien examinada, cuestión que se propone examinar este estudio, a 30 días después de controlar los datos demográficos del paciente, las comorbilidades y factores del hospital	Resultados: A los treinta días, la mortalidad fue del 7,8% en la muestra del estudio de 21.570 pacientes médicos. Las tasas variaron entre categorías de hospital: de alta resonancia (5,2%), moderadamente resonante (7,4%), mixtos (8,1%), moderadamente disonantes (8,8%), y de alto disonante (4,3%). Después de controlar los datos demográficos del paciente, las comorbilidades y las características institucionales y de enfermería del hospital, los estilos de liderazgo en enfermería explicó el 5,1% de 72,2% de la varianza total de la mortalidad en los hospitales y el liderazgo de gran resonancia se relacionó significativamente con una menor mortalidad. Conclusiones: Los estilos de liderazgo de enfermería en el hospital, pueden contribuir a la mortalidad a 30 días de los pacientes. Esta relación puede ser moderada por la homogeneidad de estilos de liderazgo, claridad de la comunicación entre los líderes y profesionales de la salud y las características del entorno de trabajo	Métodos: Noventa hospitales de cuidados agudos en Alberta, Canadá, fueron clasificados en cinco estilos de liderazgo de enfermería: a) resonancia alta disonante, b) moderadamente resonante, c) mixta, d) moderadamente disonante, y f) alto. El análisis secundario, de datos existentes de tres fuentes (enfermeras, pacientes e instituciones) se utilizaron para probar la hipótesis de que los estilos de liderazgo de enfermería en los hospitales, pueden contribuir a las tasas
42					

CINAHL (XVIII) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
32	Vouzavali, Foteini JD; Papathanassoglou, Elizabeth DE; Karanikola, Maria NK; Koutroubas, Anna; Patiraki, Elisabeth I; Papadatou, Danaï (2011). The patient is my space': hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care. Nursing in Critical Care, May-Jun; 16(3): 140- 51 (49 ref)	(journal article	La relación enfermera-paciente se ha postulado que se encuentra en el centro de atención de enfermería. Sin embargo, no está claro cómo se aplica este concepto en cuidados intensivos, con la gran mayoría de los pacientes críticamente enfermos e incapaces de comunicarse. Objetivo explorar las percepciones de las enfermeras de cuidados intensivos y significados respecto a su relación interpersonal con las personas en estado crítico.	Las enfermeras de cuidados críticos informan experimentar relaciones profundas con los pacientes, que parecen estar mediadas por el contacto permanente con los cuerpos de los pacientes. Estas relaciones provocan intensos sentimientos de amor, empatía y atención y las enfermeras perciben y dan sentido a su papel y su mundo. El tema central de su experiencia identificada se titula 'sincitio', que describe una red de células estrechamente relacionadas. De acuerdo con las percepciones de los participantes, la enfermera y el paciente se afectan entre sí reciprocamente y son mutuamente dependientes entre sí. En términos heideggerianos, los pacientes proporcionan a las enfermeras la oportunidad de una experiencia y "cuidado auténtico", participar en su "ser-en-el-mundo", por lo que son centrales en las enfermeras los "significados acerca de su papel y su existencia". Otros temas que suscitó la percepción de la enfermera-paciente son la espacialidad / temporalidad de la relación, las percepciones y significados que las enfermeras atribuyen a su papel y las percepciones de las enfermeras sobre la muerte. Las enfermeras de cuidados críticos parecen experimentar sus relaciones con los pacientes intensamente. Estas relaciones se invierten con significados y provocan fuertes sentimientos sobre un curso de compartir con los pacientes. Los pacientes, son centrales en la construcción del significado de las enfermeras y el proceso de percepción del rol. Estos resultados tienen implicaciones para la preparación educativa de las enfermeras de cuidados críticos y el apoyo	Se utilizó un enfoque hermenéutico y fenomenológico (de Heidegger) para diseñar el estudio y análisis de los datos, que fueron recogidos a través de entrevistas repetitivas con 12 enfermeras de cuidados intensivos

CINAHL (XIX) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
33	Pfister-Minogue KA; Salvesson C (2010). Training and Experience of Public Health Nurses in Using Behavior Change Counseling. Public Health Nursing, Nov-Dec; 27(6): 544-51 (25 ref)	(Journal article – research)	El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, viabilidad y utilidad de un cambio de comportamiento de los programas de formación de consejería o consejo (BCC) para las enfermeras de salud pública para facilitar el cambio de conducta en los pacientes.	Las enfermeras describen el taller de capacitación como algo valioso. La formación en enfermería ayuda a darse cuenta de BCC y mejorar sus habilidades de comunicación para facilitar los cambios de comportamiento de los pacientes. Las enfermeras creen que el entrenamiento adicional utilizando técnicas de BCC en situaciones típicas de pacientes, les ayudará a mejorar sus habilidades y la confianza en el uso de este método. Las enfermeras encontraron que el BCC es una herramienta útil para facilitar los cambios de comportamiento de los pacientes. Aunque el entrenamiento aumento la habilidad en el uso de BCC, las enfermeras consideran que necesitan capacitación adicional para dominar las habilidades de BCC. La estadística descriptiva ha demostrado el aumento de las puntuaciones ICCC después del entrenamiento	Este fue un estudio de viabilidad cuasi-experimental. Doce enfermeras de salud pública rural participaron en el estudio. Estas enfermeras participaron en un taller de capacitación de 1 día y 2 BCC seguimiento llamadas telefónicas dentro de 8 semanas. Sus habilidades BCC pre-y post-entrenamiento fueron evaluados en base a las interacciones grabadas en audio, con el cambio de comportamiento, índice de asesoramiento (ICCC). Además, se realizaron entrevistas con las enfermeras para comprender su experiencia con el entrenamiento en el uso de BCC en su práctica
34	Miller A (2010). Transitions of care: the need for coordination. Care Management, Apr-May; 16(2): 12-7 (24 ref)	(Journal article)	Un gran vacío en la asistencia sanitaria se produce durante las transiciones de la atención, y los Centros para Medicare y Medicaid (CMS) es difícil cerrar esta brecha. Las enfermeras gestoras de casos juegan un papel clave en facilitar el cuidado sin problemas, durante las transiciones de los pacientes.	Existe un nuevo programa de Mejoramiento de la Calidad de la Organización Jersey (QIO). Es un programa a nivel local, específicamente dirigido a facilitar la colaboración de proveedores y enfermeras en la vanguardia de los equipos de atención de transición.	

CINAHL (XX) 2010-2011 (junio)

	Ref BD	TITULO	Clasificación n según base datos	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
35	47	Zomorodi M; Bowen GL (2010). Value-behavior congruency when providing end-of-life care in the intensive care unit. Journal of Hospice & Palliative Nursing, Sep; 12(5): 295-302 (38 ref)	(journal article-research, systematic review)	Mientras las enfermeras de cuidados críticos desean mejorar al final del cuidado de la vida, el medio ambiente personal y los factores relacionales, afectan a la prestación de esta atención. El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre las enfermeras de cuidados críticos y los valores del paciente / familia, las conductas y los factores contextuales cuando se someten a fin de cuidado de la vida en la UCI.	Los resultados de esta revisión, fueron extrapolados para identificar el medio ambiente personal, relacional y factores para enfermeras de la UCI, en la prestación de atención de fin de vida. Fueron identificados factores como de apoyo o valor de comportamiento inminente de congruencia. El modelo de congruencia de valor del comportamiento, sugiere que la atención se mejora cuando la enfermera y la familia trabajan juntos para asegurar que sus valores y comportamientos son congruentes, especialmente en respuesta al sistema de salud. Los conceptos identificados por Bowen en su modelo conceptual, tienen utilidad en la práctica en la UCI y los cuidados al final de la vida útil. Al explorar los factores que influyen en la prestación de atención, junto con los valores de las enfermeras, los comportamientos y las expectativas de atención, podemos identificar los ingredientes necesarios para crear e implementar intervenciones para mejorar el cuidado al final de la vida en la UCI.	Revisión sistemática. El valor del comportamiento de Bowen como modelo de congruencia, se utilizó como una herramienta de clasificación dentro de la revisión de la literatura en la atención al final de su vida. Los artículos publicados fueron examinados para el diseño del estudio, características sustantivas y metodológicas y los resultados del estudio.
36	48	Gates, Donna M.; Gillespie, Gordon L.; Succop, Paul (2011). Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. Nursing Economics\$, Mar-Apr; 29(2): 59-67 (43 ref)	(journal article-research)	El propósito de este estudio era examinar cómo la violencia de los pacientes y visitantes está relacionada con la sala de emergencias (ED), la productividad del trabajo de las enfermeras y los síntomas del trastorno de estrés post-traumático (PTSD). Los investigadores han encontrado una alta prevalencia de agresiones físicas de los pacientes y visitantes hacia las enfermeras y existe poca investigación que examina el efecto de los hechos violentos en la productividad de las enfermeras y su capacidad para prestar cuidados seguros y compasivos	94% de las enfermeras con experiencia, al menos ha experimentado un síntoma de Trastorno por Estrés Posttraumático (TEPT), después de un evento violento, con un 17% en los resultados, cifra lo suficientemente alta, como para ser considerado el TEPT como probable. Además, hay importantes relaciones indirectas entre los síntomas del estrés y la productividad del trabajo. La violencia en el trabajo es un factor de estrés importante para las enfermeras ED. Los resultados también indican que la violencia tiene un impacto en el cuidado que las enfermeras proporcionan ED. Se necesitan intervenciones para prevenir la violencia y prestar atención a la enfermera de urgencias después de un	Un diseño transversal, se utilizó para recopilar datos de enfermeras del departamento que son miembros de la Emergency Nurses Association en los Estados Unidos. A los participantes se les pidió completar el Impacto de Eventos Escala Revisada y la Encuesta de la productividad de Salud, en relación con un hecho

CUIDEN (I) 2010-2011 (junio)

Ref	BD	TITULO	Clasificación según base d	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
1	666697	Heierle Valero, Cristina; Cano-Caballero Gálvez, María Dolores; Guillamet Lloveras, Ana; Celma Vicente, Matilde; Garach Mirasol, José Ignacio (2010). Innovación docente en las prácticas de enfermería comunitaria, salud mental y geriatría. <i>Rev ROL Enferm</i> 33(11):51-56	Experiencias y trabajos de can	En base a la filosofía del EEES, se prioriza la adquisición de competencias profesionales por parte del alumnado (conocimientos, habilidades y actitudes proactivas para el aprendizaje). Se explica la experiencia de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) Virgen de las Nieves de Granada, a propósito de la integración en un mismo programa, las, prácticas en Atención Primaria de las asignaturas de Enfermería Comunitaria III, Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental y Enfermería Geriátrica pertenecientes a 3er curso de la Diplomatura de Enfermería.	Se ha conseguido incrementar el número de horas de prácticas extrahospitalarias, que el alumnado adquiriera mayor autonomía en su aprendizaje y que, además, incorporase el razonamiento crítico en su formación.	En la metodología empleada, los estudiantes han sido los principales evaluadores y dinamizadores de su proceso de aprendizaje, buscando la implicación de profesionales y tutores docentes en dicho cambio. El consenso en los objetivos y en los métodos, así como las barreras que se han tenido que superar constituye una de las partes más interesantes de esta experiencia
2	668579	Castillo Montes, Francisco Javier (2011). Influencia de la comunicación entre el profesional sanitario del Hospital Neuro-traumatológico Princesa de España de Jaén y los pacientes ingresados en planta hospitalaria. <i>Biblioteca Lascasas</i> . URL: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0583.php	Proyecto de investigación	La mayor demanda de información de los pacientes acerca de su patología, requiere un lenguaje claro y adaptado a su nivel de comprensión, por parte del personal sanitario. Responder a estas necesidades, equivale para algunos autores a la modalidad de atención centrada en el paciente (ACP), (implicarles en la toma de decisiones y compartir información, saber comunicar eficazmente y llegar a empatizar con ellos).	El conocimiento de las necesidades y demandas comunicacionales de los pacientes y la adecuada respuesta comunicativa profesional, favorecerá un tipo de relación que influirá directamente en su recuperación y autocuidado. La ACP requiere acercarse a ellos y a sus cuidadores sin prejuicios y tratar de entender cómo perciben las cosas. Ello, hace necesaria una línea estratégica de formación en comunicación que debe fundamentarse en una perspectiva humana. Su integración debe ser asumida por la institución y ser universal a partir de los intereses y las necesidades sentidas y expresadas por los profesionales y los ciudadanos	

CUIDEN (II) 2010-2011 (junio)

		CUIDEN (II) 2010-2011 (junio)				
Ref	BD	TITULO	Clasificación según base d	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
3	667308	<p>Baggio, Maria Aparecida; Nascimento, Keyla; Cristiane do; Arzuaga, Maria Angélica; Erdmann, Alacoque Lorenzini (2010). Aprendizaje Basado en Problemas: la comunicación en la integración teórico-práctica en Enfermería. <i>Rev Cubana Enfermer</i> 26(4).</p>	Experiencias y trabajos de can	<p>El problema expuesto, fue la carencia práctica de orientación preoperatoria para pacientes quirúrgicos en el personal de enfermería de la unidad quirúrgica en cuestión (Hospital Universitario de Florianópolis, Brasil). El objetivo fue resolver /entender/pensar/reflexionar/ discutir y decidir colectivamente la problemática de los estudiantes de enfermería. (en el séptimo semestre).</p>	<p>A partir de los conocimientos del alumnado, experiencias, observaciones y lecturas dirigidas, fueron realizados encuentros entre las docentes y las estudiantes para el desarrollo de la propuesta. Se concluye que los profesionales de enfermería, necesitan reflexionar sobre su práctica, para una comunicación eficiente y eficaz que integre/asocie/relacione teoría y práctica,</p>	<p>El método pedagógico elegido para la práctica docente, fue el de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).</p>
4	667118	<p>Lleixà-Fortuño, Mar; Albarac-Riobóo, Núria; Montesó-Curto, Pilar; Ferré-Grau, Carme; Dalmau-Llorca, Pere; Adell-Argentó, Bárbara; Berenguer-Poblet, Marta; Marqués-Molías, Luis; Montserrat-Pera, Sogues (2010). La tutoría virtual en el Practicum: ¿Está satisfecho el alumnado? <i>Aain</i> 14(4):149-155.</p>	Artículo original/ Estudio descripti	<p>Se inicia un programa de tutorización virtual de las prácticas, complementario al presencial ya existente, en una asignatura de tercer curso de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (URV) en el Campus Terres de l'Ebre, con el objetivo de mejorar el soporte ofrecido al alumnado en las prácticas y durante los primeros meses de inserción laboral.</p>	<p>Se presentan resultados sobre la satisfacción con el programa de tutoría virtual iniciado, a partir del análisis del cuestionario web diseñado e incluido en el espacio virtual Moodle de la URV. Conclusiones: Los resultados obtenidos revelan que a la mayoría del alumnado, el espacio virtual de tutoría les ha sido fácil de usar, se han sentido cómodos con el programa, están satisfechos con la calidad del apoyo recibido del tutor, se han sentido bien con la relación establecida con el tutor, la frecuencia de la interacción les ha parecido adecuada, la información proporcionada les ha parecido útil y les ha resultado motivadora a la vez que les ha ayudado a disminuir el estrés producido por las prácticas.</p>	




CUIDEN (III) 2010-2011 (junio)

Ref BD	TITULO	Clasificación según base d	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
5	Castillo Montes, F. Javier (2010). ¿Cuáles son las características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y qué mecanismos de mejora y perfil docente son deseables para la implantación de una línea estratégica de formación? <i>Rev Tesela</i> , 1º semestre (7). URL: http://www.index-f.com/tesela/ts7/s7336.php	Artículo original/ Investigación cualitativa/ Estudio fenomenológico	Objetivo. Identificar características, dificultades y necesidades de formación en comunicación asistencial e interprofesional de los profesionales sanitarios y descubrir mecanismos de mejora y perfil docente deseable para la implantación de una línea estratégica de formación.	<p>Los resultados principales se expresaron en 9 categorías principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Situación actual de la formación en comunicación asistencial. La percepción acerca de la formación actual en comunicación asistencial encaja con los términos "escasa" y "autodidacta", con acciones formativas generalmente puntuales, poco estructuradas y entorno a la comunicación en general y la atención a la familia en particular. -Dificultades de la formación en comunicación asistencial. Se relacionan con cierto temor a participar, ya que, en la mayoría de ellas, se abordan aspectos personales. -Respuesta a las dificultades de formación en comunicación asistencial. Resulta imprescindible generar un clima de seguridad haciendo énfasis en un enfoque ético-moral. También se propone tener muy en cuenta los diferentes puntos de vista de todos los profesionales e indagar en los motivos para no participar que aluden. -Situación actual de la formación en comunicación interprofesional. Se caracteriza por su escaso reconocimiento institucional y la escasa oferta formativa específica, así como por su carácter autodidacta. No obstante, las actividades que se llevan a cabo son de tipo vivencial y resultan bien valoradas y gratificantes. -Dificultades de la formación en comunicación interprofesional. Dificultades relacionadas con la rigidez de los mecanismos de comunicación entre profesionales; centros asistenciales e instituciones. También un escaso reconocimiento entre los profesionales de la necesidad de este tipo de formación -Necesidades a las que dar respuesta desde la formación en comunicación. Desde el plano asistencial, la formación en comunicación debe propiciar un cambio de actitud hacia la concepción del paciente como centro del sistema sanitario, principalmente, asegurando que comprendan la información que se les brinda. Desde la perspectiva interprofesional, ofrecer oportunidades de trabajo en equipo. Desde el punto de vista personal, aportar argumentos sólidos para reconocer la 	<p>Diseño. Estudio Cualitativo descriptivo e interpretativo. Lugar. España, Murcia. Sujetos. Participaron 11 médicos, 5 enfermeros, 1 psicólogo y 1 periodista de atención primaria y especializada y la Consejería de Sanidad de Murcia. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo por saturación estructural: profesión, nivel de responsabilidad, centro de trabajo, área de salud y organismo sanitario. Método. La técnica de recogida de datos empleada fue el grupo focal (2 reuniones de 1.30 h, para el grupo asistencial y para el grupo institucional), según un guión temático utilizando principalmente preguntas circulares. Fueron registradas (dictáfono y cámara de vídeo) y los testimonios fueron transcritos y sometidos a un análisis de contenido categorico, consistente en su ordenación, codificación, depuración y categorización. Este proceso fue sometido a</p>

CUIDEN (IV) 2010-2011 (junio)

Ref	BD	TITULO	Clasificación según base d	FINALIDAD ESTUDIO	RESULTADOS, CONCLUSIONES	DATOS SOBRE METODO
					<p>atención a la familia, brindar recursos útiles para transmitir información y comunicarse adecuadamente con las familias.</p> <p>-Respuesta a las necesidades de formación en comunicación. Se recomienda replantear los temas, las estrategias y los enfoques que se adoptan potenciando la colaboración en los propios centros y entre ellos y la motivación de los profesionales.</p> <p>-Perfil docente en la formación en comunicación. Han de ser profesionales con una adecuada formación, experiencia y hábito en comunicación.</p> <p>-Línea estratégica de formación en comunicación. Se considera adecuado generar una línea estratégica de formación en comunicación.</p> <p>Conclusiones. Según los resultados de este estudio, se precisa promocionar actividades de formación en comunicación como elemento fundamental de las relaciones de ámbito asistencial e interprofesional. Resulta de vital importancia abordar situaciones cotidianas y de relación desde una perspectiva más humana y, no sólo reconocer la necesidad de adquirir habilidades de comunicación, sino, comprender, aprehender y asumir modelos emergentes de</p>	<p>exhaustividad, univocación exclusividad.</p>
6	664490	Muñoz Montaña, MR; Durán Sánchez, I, et al (2010). Intervención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de un diagnóstico grave. Resultados de una investigación Rev <i>Paraninfo Digital</i> IV(8). URL: http://www.index-f.com/bara/n8/040.php	Póster/ Resumen	<p>En nuestro ámbito observamos situaciones difíciles de afrontar: la comunicación de un diagnóstico grave. Objetivo: Conocer la influencia de la intervención de la enfermera en el afrontamiento del paciente y de la familia frente a un diagnóstico grave.</p>	<p>Resultados: El estudio se han incluido 28 pacientes (20 Entrevistas semiestructuradas, cumpliendo el criterio de saturación). Entre algunos resultados tenemos que el 90% de los pacientes quieren conocer su diagnóstico, que la enfermera sólo estuvo presente en el 30% de la comunicación de las malas noticias. Conclusiones: Las intervenciones de Enfermería de Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles requieren de una competencia profesional en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que hace considerar a la enfermera como el profesional más asequible y cercano que proporciona confianza y seguridad.</p>	<p>Metodología: Diseño: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal; Emplazamiento: Unidad Clínica de Hematología de Adultos (UCHA) del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Sujetos de estudio: Pacientes ingresados por diagnóstico nuevo o recaída de su enfermedad desde enero 2007 a enero 2008.</p>

ANEXO 4

CONFIRMACION DE HIPOTESIS A TRAVES DE LOS RESULTADOS. TRIANGULACION DE METODOS, INSTRUMENTOS Y DATOS		
HIPOTESIS	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
1. La socialización secundaria del estudiante enfermería, no consigue una modalidad relacional y comunicativa fluida con el enfermo y su familia, y se convierte en ambigua o evitativa a medida que aumenta la gravedad del paciente.	CUESTIONARIO LA COMUNICACION ENTRE UN CONJUNTO DE HABILIDADES	La comunicación no preocupa mucho, acorde con el uso asistencial relativo que se hace de ella (se habla poco con paciente y familia). Preocupan otros aspectos técnicos de tipo biomédico y encontrar trabajo al terminar los estudios.
	ENTREVISTA	Confirma que la modalidad relacional de los estudiantes con el enfermo y su familia se convierte en evitativa conforme aumenta la gravedad del paciente.
2. Entre los diversos factores que potencialmente inciden en dicho fenómeno, se incluye la posibilidad de que la modalidad docente teórica y teórico-práctica, no se ajusta debidamente a los requerimientos asistenciales actuales.	CUESTIONARIO RETOS COMUNICATIVOS DURANTE EL APRENDIZAJE	Confirma que la modalidad docente (teórica y teórico-práctica), no se ajusta debidamente a las necesidades y expectativas de los estudiantes.
	ENTREVISTA	La modalidad docente teórica y teórico-práctica no se ajusta a las necesidades y expectativas de los estudiantes y tampoco a las de los profesionales que participan en esta formación.
	ANALISIS DOCUMENTAL	La revisión documental y especialmente documentos oficiales y legislativos, permiten interpretar que la modalidad formativa en comunicación estudiada, no se corresponde con la formación promulgada por el EEES ni requerimientos asistenciales actuales derivados de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.
3. Entre los diversos factores a tener en cuenta en dicho fenómeno, cabe contemplar la posibilidad de que la dinámica asistencial, no favorezca una socialización facilitadora de la interactividad de los estudiantes	CUESTIONARIO PERCEPCION "ELEMENTOS COMUNICATIVOS" EN LA FORMACION	Confirma que la dificultad relacional del estudiante con el paciente y su familia aumenta conforme aumenta la gravedad del paciente y lo mismo sucede en el caso de su familia.
	ENTREVISTA	Ponen de relieve que los estudiantes interiorizan un tipo de rol poco dedicado a la comunicación con el enfermo y su familia que reproducen imitando a profesionales veteranas.
	ANALISIS DOCUMENTAL	Orienta que el tipo de formación en comunicación enfermera-paciente-familia estudiado, se corresponde con el enfoque de socialización deficiente (asimetría objetiva/subjetiva) planteado por Berger y Luckmann (1983).
		TRIANGULACION DE RESULTADOS E INSTRUMENTOS
		Confirmada Hipótesis
		
		Confirmada Hipótesis
		
		Confirmada Hipótesis
		

 **Triangulación**