



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Los eventos notables. Una herramienta para la auto-evaluación del alumnado del Grado de Enfermería.

The outstanding events. A tool for the self-evaluation of the Nursing Degree students

Autora

Silvia Andrés Artal

Directora

Concha Germán Bes

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza
2016-2017

AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo Fin de Máster ha sido posible gracias al apoyo y ayuda de muchas personas a las que me gustaría mostrar mi agradecimiento, pues cada una de ellas me ha ayudado a acercarme más a este momento.

Agradezco su disposición, colaboración, interés y ayuda, así como sabios consejos, a Carlos Navas Ferrer, pues con rotunda seguridad afirmo que, sin la parte por él aportada, este trabajo no habría sido posible. Por supuesto, también a todos aquellos alumnos que, de manera totalmente desinteresada, tuvieron la bondad de colaborar.

La realización del presente trabajo es fruto de las orientaciones, sugerencias y estímulo de la Dra. Concha Germán Bes, quien me ha conducido en este camino con plena y generosa dedicación, guiándome sin ser directiva y mostrando en cada momento una inmejorable disposición ante las dudas que durante la realización del mismo me surgieron, dándome luz cuando el camino parecía intransitable. Le agradezco me brindara la oportunidad de aprender y contribuir a visibilizar los cuidados.

Además, me gustaría dar las gracias a todos y cada uno de mis profesores de este Máster que, sin duda alguna, me han hecho crecer intelectualmente y, aún más, me han mostrado la infinita cantidad de saberes que puedo aprender todavía, para seguir creciendo, y aportar lo que pueda.

A mis familiares y amigos por estar siempre presentes para impulsarme hacia delante y no dejarme mirar atrás.

Mi más sincero agradecimiento a la profesora Ana Anguas Gracia, por cuidar de lo que siempre será parte de mí, con sensibilidad y delicadeza extremas.

A mi abuelo, Mariano Artal Aguilar, culpable de mi entusiasmo por este tema.

Resumen

Objetivo: Analizar los eventos notables escritos por los estudiantes de 3^{er} curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Zaragoza durante su estancia de prácticas. Cada evento describe la experiencia de aprendizaje de los cuidados visibles e invisibles que han puesto en práctica en relación con los enfermos y familiares. Igualmente, describen la praxis de los profesionales.

Material y métodos: Estudio cualitativo descriptivo, basado en análisis de contenido de los "Eventos Notables" que realiza el alumnado durante su participación en el proyecto CIBISA. Esta escala les permitía medir el cumplimiento de sus cuidados semanalmente. Eran alumnos del curso 3º a los que se pidió colaboración voluntaria.

Resultados y conclusiones: Han participado 70 alumnos de un total de 160. Realizaron sus prácticas clínicas durante siete semanas en los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos (UCI). Habían aplicado los cuidados visibles e invisibles remitiendo un total 420 eventos notables. Siendo la media de 6 y variando entre 5 y 8. Se agruparon en diversas categorías siguiendo el esquema del triángulo de los cuidados: seguridad clínica, bienestar y autocuidado. A ello se sumaron otras categorías como el clima laboral, la profesionalización y las técnicas duras o "high tech" Han sabido identificar las repercusiones que las prácticas positivas, negativas así como su ausencia tienen en la salud del ser cuidado. Este ejercicio de reflexión sobre lo aprendido, les ha servido para valorar el valor de los cuidados invisibles y evitar las malas praxis. Los ítems de cuidados invisibles de la escala CIBISA, se han corroborado en el relato de los eventos notables.

Palabras clave: A.MAS, holístico, invisible, enfermería, cuidados.

Abstract

Aim : To analyze the outstanding events written by the students of the 3rd year of the Nursing Degree at the University of Zaragoza during their internship. Each event describes the learning experience of visible and invisible care that they had put into practice relating to sick people and its family members. They also describe how the professionals provide care.

Material and methods: Descriptive qualitative study, based on content analysis of the "Outstanding Events" that the students performed during their participation in the CIBISA project. This scale allowed them to measure the weekly fulfillment of their cares. They were the 3rd year students, whose voluntary collaboration was requested

Results and conclusions: 70 students from a total of 160 participated. They performed their clinical internship for seven weeks in the emergency services, operating room and intensive care units (ICU). They applied visible and invisible cares, sending a total of

420 outstanding events. The average was 6, deviating between 5 and 8. They were grouped into different categories following the scheme of the triangle of care: clinical safety, well-being and self-care. In addition to this, other categories were taken into consideration, such as the work environment, professionalization and hard techniques or "high tech". Students have been able to identify the impact that positive and negative practices, as well as its absence, have on the health of the person being taken care of. This cooling-off exercise thought them to value the worth of invisible care and to avoid bad practices. The swings in the CIBISA scale have varied in a positive direction. Particularly the items of invisible care have been corroborated in the account of the outstanding events.

Keywords: A.MAS, holistic, invisible, nursing, care

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro trabajo como enfermeras profesionales, somos partícipes de una serie de relaciones interpersonales que se dan entre nosotros y el ser necesitado de cuidados y familiares, y que definimos, siguiendo el modelo A.MAS, como relación de cuidado de enfoque holístico ¹. Con el fin de optimizar dicha relación de cuidado, los profesionales enfermeros debemos adaptarnos continuamente a nuevas situaciones o acontecimientos, adaptándonos a diferentes creencias, prácticas y culturas ^{2,3,4,5}.

Debemos señalar que las personas, en su pérdida de salud experimentan dolencias que suponen una distorsión, pérdida de armonía y de homeostasis y en muchas ocasiones, antesala de las enfermedades. Los cuidados desde la perspectiva descrita por Germán (A.MAS), tienen como objetivo el logro del bienestar del ser cuidado, confort, seguridad, confianza, autonomía y libertad. Además deben atender y facilitar la integración de la familia en el plan de cuidados ⁶. Así entramos entonces en la parcela de unos cuidados que requieren actuaciones o acciones que, aunque necesarias, son difícilmente registrables, a costa de la parte biomédica. Quedando el resto de los cuidados en un segundo plano, a lo que se ha dado en llamar como Cuidados Invisibles (en adelante CI) ^{6,7}. (ANEXO I)

Para que este tipo de cuidados puedan aplicarse lo más íntegramente posible, es necesario que los profesionales enfermeros adquiramos una serie de habilidades comunicacionales tales como el respeto, apoyo, escucha activa y comunicación, que posibiliten dicha relación de cuidados así como la adaptación a las diferentes

situaciones que pueden acontecer en nuestra práctica diaria ^{3,8}.

De este modo y en referencia al principio de individualidad por el que cada persona, en este caso cada ser necesitado de cuidados, es diferente, debemos tener en cuenta el componente ético humano al mismo nivel que el biológico. Las instituciones docentes, las Universidades, son responsables de la formación de profesionales enfermeros deben favorecer estos aprendizajes tanto en su vertiente teórica como aplicada en las prácticas clínicas. Es decir un abordaje integrado y holístico de la atención a las personas ^{1,3}.

La importancia de los cuidados invisibles para la salud

Desde mi experiencia como usuaria del sistema sanitario bien como enferma, bien como acompañante, las personas necesitadas de cuidados que reciben asistencia holística llevan mejor la enfermedad. Las pérdidas de salud, son en muchos casos dolencias, o desequilibrios debido a una mala relación del sujeto con el ambiente. Para Germán, el ser humano es un ser cósmico en permanente equilibrio entre sistemas internos (cuerpo humano) y el medio ambiente ⁶. Diversos autores al definir los cuidados invisibles señalan el papel del sistema inmunológico que en las condiciones óptimas del organismo tiene un papel esencial en la resolución de problemas y dolencias. Por ejemplo la influencia que tiene la oxitocina, designada como hormona del amor. Esta hormona se libera por el tacto, además de en el parto y lactancia, de ahí la importancia que tiene en el acto de cuidar ⁶. Cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades fisiológicas o biológicas así como las humanas o psicológicas del ser humano ⁶. Así, el Cuidado invisible resulta ser una integración de distintas dimensiones como son el fomento del autocuidado (que a su vez fomenta la autonomía y el empoderamiento), una relación de confianza, seguridad, apoyo emocional, tacto, escucha, proporción de confort, ética, respeto y presencia ⁹.

Son necesarias las habilidades comunicacionales, responsabilidades, competencias y sensibilidad hacia el ser cuidado que fomenten su confianza en esta relación de cuidado ¹⁰, como vehículo o medio de consecución de la autonomía, bienestar, calidad de vida y empoderamiento del ser cuidado; una exitosa gestión del dolor y temor, y que en último término logrará la consecución de ese estado completo de bienestar del ser biopsicosocial que la OMS entiende por salud ^{1,11} y no sólo la ausencia de enfermedad

^{2,7,13,14,15,16}

Estudiosas como Madeleine Leininger, Jean Watson y Regina Waldow señalan la importancia del “estar presente” y coinciden en el desarrollo holístico ^{6, 17, 18, 19, 20}. Cuidar es un acto propio y natural de la vida en un intento de promover, proteger y preservar la especie humana. Desde sus orígenes es asumida por la mujer como prolongación de su papel en la reproducción y crianza; y, necesitando por tanto, cuidados desde que nacemos hasta que morimos ^{5, 6, 21}. Leininger aporta «La forma cultural aprendida y transmitida de ayudar, apoyar, habilitar y colaborar con la gente, ya sea que esté enferma, que esté bien o que esté muriendo, de una forma compasiva y respetuosa para mejorar la condición humana o ayudar a un individuo a enfrentar la muerte o la invalidez». Así se establece la *Teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural*, que unió al cuidado y a la cultura como una nueva estructura y un nuevo sentido en enfermería ⁴. Similar pensamiento tiene la francesa Marie Françoise Colliere “cuidar son todas las acciones que realizan los profesionales enfermeros con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus capacidades para mantener, conservar la vida y permitir que esta continúe considerando sus derechos y sentimientos” ²⁰.

Vera Regina Waldow nos dice que cuidar es: “una forma de vivir, de ser y de expresarse, una postura ética y estética, frente al mundo. Es un compromiso de estar con el mundo y contribuir al bienestar general, en la conservación de la naturaleza, en la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad, es contribuir a la construcción de la historia y del conocimiento de la vida” ²².

Desde la perspectiva ética, el filósofo Leonardo Boff “Cuidar de otros significa una preocupación e inquietud por parte de la persona que provee el cuidado, haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente. Implica una capacidad de sentir como el otro, lo que impulsa a generar una ciencia con conciencia, dirigida hacia la vida”. Similar pensamiento comparte Torralba, basándose en Pelegrino. Para ellos, cuidar en el ámbito de las profesiones sanitarias tiene cuatro sentidos: Cuidar como compasión. Ayudar a ser autónomo. Invitar al ser necesitado de cuidados a transferir su responsabilidad, a confiar en el profesional, invitarle a dejarse ayudar y el cuarto y último es buscar su salud, velar por ella, por el restablecimiento integral, lo que supone poner todos los recursos técnicos y humanos al servicio del ser cuidado. Es convertirlo

en el centro de gravedad de la acción ⁶ .

Isabel Huércanos, perteneciente al grupo de investigación Aurora MAS, impulsado por la doctora Germán para profundizar en el tema del cuidado, define el ‘Cuidado Invisible’ como : “esas acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían ‘registrables’ (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.), así como las acciones que serían susceptibles de registrar por ser consideradas más profesionales que las anteriores pero que, sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como el drenaje emocional, capacitación para el autocuidado o la relación terapéutica, etc.)” ^{6,7,9,17,23} . El propósito de dicho cuidado, como bien apunta Florence Nigthingale no será otro que lograr la confianza del ser cuidado en el profesional ⁶ . Para lograr el empoderamiento para afrontar las distintas situaciones de salud y restablecer su autonomía, haciéndolo partícipe activo de su proceso de salud ^{1,6,10,11,24} .

La relación de cuidados

La enfermera Hildegard E. Peplau explicó su teoría de las relaciones interpersonales considerando las técnicas como un mero medio y al ser necesitado de cuidados como fin en sí mismo, como centro de la relación de cuidado ² . El núcleo de la relación de cuidado es ayudar a expresar los temores y ansiedades al propio ser necesitado de cuidados para que se convierta en una situación que él mismo pueda manejar. Herederas de Peplau, son el grupo de Investigación A.MAS, al que pertenece Aintzane Orkaizaguirre , que considera: ”la relación de cuidados aquella que procura los cuidados personalizados y de mayor calidad a la persona y su familia, orientados hacia la mejoría del bienestar, autonomía y calidad de vida, alcanzando así una atención integral que incluye los aspectos emocionales y físicos”, relación para la que los profesionales enfermeros deben desarrollar determinadas habilidades como son una buena comunicación terapéutica, escucha activa, intuición, empatía, pensamiento crítico, relación de ayuda y afectividad o apoyo emocional hacia el ser cuidado y su familia. Esta relación de cuidado implica a su vez a la familia ^{2,3,10,11} .

Algunas Causas y factores de invisibilización

Es necesario considerar la perspectiva de género que influye de manera transversal y longitudinal en el valor de los cuidados. Cuidados desarrollados en gran parte por mujeres, tanto en el ámbito familiar como en el profesional y que han sido subestimados. Si bien el proceso de profesionalización enfermera se inicia en la etapa actual en la década de 1850 con Florence Nightingale, el cuidado es un acto que viene desde el origen de la humanidad ^{17,25,26}. En la época prehistórica, en el entorno del hogar ^{5,6}. Como labor de caridad y prolongación de las tareas del hogar en las religiones de nuestro entorno ²⁷. Creencias heredadas de un patriarcado que adoptaron infravalorando y consolidando el escaso reconocimiento social y económico ^{17,26}. Los cambios sociopolíticos y sanitarios del siglo XX han tendido a reafirmar el papel de enfermeras generosas y sumisas, subordinadas al médico ²⁷. El comienzo del cambio se inició con la transición democrática y el comienzo de la Revolución de las batas blancas, con el pleno derecho formativo de las enfermeras y enfermeros en la Universidad ²⁸. Primero como DUE y luego como Graduados. El Espacio Europeo de Educación Superior ha permitido desarrollar toda la carrera académica. Queda mucho por hacer para superar cierta falta de consideración de la enfermería, ganar más confianza de las enfermeras en su saber enfermero y autonomía en la toma de decisiones ^{17,25,27,29}.

Ahora bien, para poder llevar a cabo los CI es importante contar con un contexto adecuado: plantillas, cultura de seguridad y empatía. Y sobre todo hace falta tiempo, del que actualmente se dispone cada día menos ⁹. El impacto de la globalización se ve reflejado en la gestión del sistema sanitario y hospitales como una empresa con recursos e intereses económicos, en los que en numerosas ocasiones intenta ahorrarse mucho en recursos humanos. Una disminución de plantillas conlleva una sobrecarga de trabajo y burn out. Este estrés se sufre a diario, así, datos recientes revelan que en Aragón un 75% de las enfermeras se sienten estresadas ^{7,9,22,30}.

Una falta de registro está asociada a la falta de tiempo, una falta de práctica y registro de cuidados invisibles; el resultado es la tendencia a centrar el trabajo en aquellas actividades técnicas y registrables que son reconocidas y valoradas, dejando en un segundo plano los cuidados invisibles y originando una falta de seguridad de los profesionales en su profesión y en ellos mismos devaluándola ^{22,30}. Por último, a la invisibilidad también contribuye las altas expectativas de cura del ser necesitado de cuidados, que tanta credibilidad da a los avances tecnológicos ^{14,16}.

La realización de este Máster me ha permitido acercarme a valorar y evaluar la formación de los estudiantes en el CI. A las teorías antes indicadas, el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe (2003) y sus competencias profesionales y a la filosofía de Patricia Benner del escalonamiento de la enfermera experta, se une la realización de instrumento de autoevaluación de los propios estudiantes. En nuestro caso la escala CIBISA, de la que hablaremos en la etapa de metodología 18,31,32,33,34,35,36,37. (ANEXOII)

Numerosos cuidados invisibles se corresponden con intervenciones enfermeras derivadas de diagnósticos NANDA. No es el objetivo de este trabajo pero algunos estudios recientes indican que 9 de los trece dominios NANDA tienen que ver con el mundo de las emociones ³⁸.

El Marco conceptual para el análisis de los eventos notables

Como ya hemos explicado con anterioridad nos basaremos en el modelo del triángulo que se compone de tres elementos, situados en los vértices del mismo que integrarían el cuidado desde un enfoque holístico:

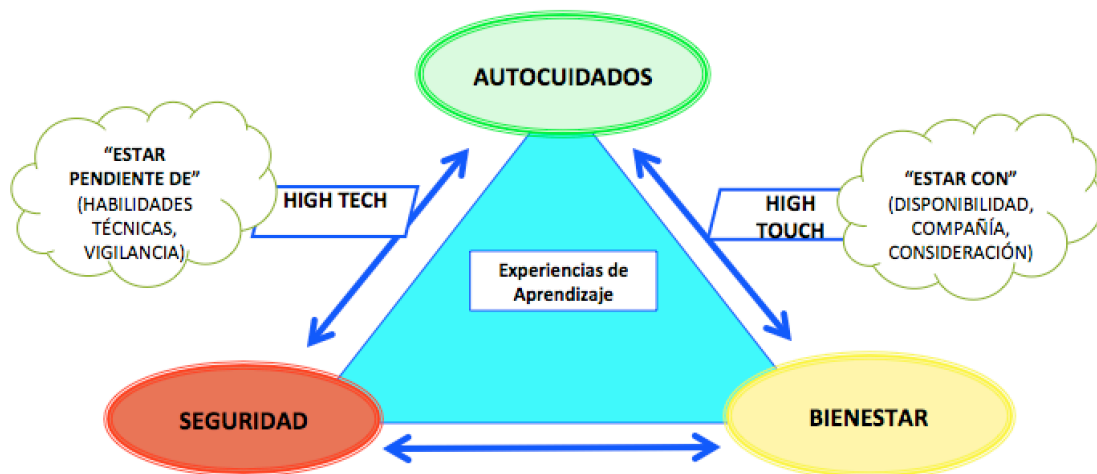


Imagen 1. Triángulo de cuidado. Elaboración propia.

En el vértice superior encontraríamos el autocuidado es decir, el empoderamiento y autonomía a los que pretendemos que llegue nuestro ser cuidado a través de las high tech (estar pendiente de) y high touch (estar con). En el vértice inferior izquierdo encontramos la seguridad, basada en la formación y aprendizaje de cada profesional, y

por medio de la cual a través de las high tech o técnicas enfermeras logramos mediante la vigilancia continua, la seguridad de la persona necesitada de cuidados. En el vértice inferior derecho se encuentra el bienestar que pretendemos brindar a través de la profesionalidad por medio de las high touch, acciones y valores como el acompañamiento, empatía, intimidad, disponibilidad, que permitan al ser cuidado una tranquilidad, confort y bienestar. Así, con la integración de estas acciones o high touch, y las técnicas high tech enfermeras o duras, pretendemos conseguir que el ser cuidado deposite en nosotros una confianza. Esta confianza posibilitará la relación de cuidado, enriqueciéndola y orientándola hacia un mejor conocimiento y afrontamiento y manejo de su situación de salud para lograr así su empoderamiento y autocuidado. Así a su vez afianzará su seguridad clínica y bienestar, con el propósito de restablecer en la mayor medida posible su estado de salud y su autonomía y empoderamiento.

Además en la base de este triángulo hemos situado el clima laboral, pues las relaciones personales, así como la coordinación del equipo y las aportaciones que cada miembro del equipo hace y de las que el resto puede enriquecerse, influyen en el resto de elementos integradores del cuidado.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Hipótesis:

Los alumnos de 3^{er} curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Zaragoza realizan cuidados invisibles en su práctica, y los identifican en la de los enfermeros/as, durante sus prácticas clínicas.

Objetivo principal:

Analizar los eventos notables escritos por los estudiantes participantes en el estudio CIBISA durante su estancia de prácticas del año 2016.

Objetivos específicos:

1. Describir los cuidados invisibles que han puesto en práctica los alumnos de 3^{er} curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Zaragoza durante sus prácticas clínicas, mediante el análisis de los eventos notables.

2. Describir el aprendizaje que han percibido en sus prácticas a través de la observación de actos de cuidados observados en otros profesionales.
3. Ordenar y analizar los eventos notables en torno al marco conceptual del cuidado, en consonancia con la herramienta cuantitativa CIBISA.

3. MÉTODO

El diseño del estudio es cualitativo descriptivo, basado en análisis de contenido de los “Eventos Notables” (en adelante EN) que realiza el alumnado durante su participación en el proyecto CIBISA. Los EN corresponden a las vivencias que, los alumnos durante sus prácticas clínicas, han considerado relevantes en lo referente a CI.

Una vez entregado y conseguido el consentimiento informado, se les entregó la documentación y solicitó que cumplimentaran el documento de eventos notables y la escala con fecha de inicio 25.02.2016 y final 12.05.2016. (ANEXO III) (ANEXO IV)

El marco conceptual en el que nos hemos basado para analizar los discursos del alumnado, se ha adaptado del marco de A.MAS ⁶. (ANEXO V)

La asunción del marco de A.MAS fue fruto de un primer análisis individual. Así el proceso de análisis fue el siguiente: en primer lugar se realizó un análisis entre tres personas de los eventos de 4 alumnos. En segundo lugar se realizó una reunión de consenso y asunción de un marco adaptado del Modelo A.MAS puesto que este modelo cuadraba con las primeras categorías extraídas. En tercer lugar se acordaron las categorías de análisis. En cuarto lugar se procedió al análisis de los eventos notables de los participantes por dos de los investigadores. En quinto y último lugar se realizó la triangulación de los resultados extraídos entre los tres investigadores.

En el proyecto CIBISA, para medir el aprendizaje en cuidados invisibles se utiliza la escala CIBISA, creada en la UNIZAR por el grupo Aurora Mas, la cual en nuestro caso resulta de utilidad para que los alumnos pongan en valor y tengan presentes los CI de la escala, representados por sus 28 ítems ³⁹.

La escala es un instrumento de medición de aprendizaje de cuidados invisibles en prácticas clínicas, que consta de 28 ítems, que describen una serie de situaciones habituales en las prácticas clínicas, de tipo Likert para medir la frecuencia con la que los alumnos en prácticas realizan las situaciones planteadas, con cuatro niveles por ítem. (ANEXO VI) En este trabajo no hemos hecho análisis cuantitativo de la escala, pero sí hemos comparado los contenidos de la misma con los relatos de los EN.

Población de estudio

Alumnos de 3º del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza. Que cumplan los siguientes criterios de selección:

Los criterios de inclusión:

Ser alumno del curso 3º del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

Estar matriculado en la asignatura de Enfermería comunitaria II.

Que conozcan el castellano.

El criterio de exclusión :

Que no haya firmado el consentimiento informado.

Muestra de EN:

Se han analizado todos los eventos notables del primer semestre del curso 3º, es decir, de las 7 semanas de prácticas clínicas. Estas prácticas se realizaron en los servicios de: Urgencias de adultos, e infantil, Quirófano y Cuidados intensivos.

Por un lado se empleó la plataforma informática de la Universidad de Zaragoza a través de la cual se envió un correo a los alumnos matriculados en la asignatura de tercer curso de enfermería comunitaria II del Grado en Enfermería. Además se realizaron reuniones presenciales en las que se les explicó el proyecto. Por último, el consentimiento lo realizaron a través de la plataforma informática indicando que sí querían participar.

A todos los documentos en los que se recogieron datos, se les ha asignado un número de identificación. Así, la primera parte (EC2) hace referencia a las palabras “estancias clínicas”, son sus segundas estancias clínicas. Continúa con el curso en el que tienen lugar : 2015/2016. Por último se indica el número de relato analizado por ese investigador , seguido de las iniciales del nombre y primer apellido del investigador. Ej.: EC2_2015/16_16CN

4. RESULTADOS

Los resultados comprenden los eventos seleccionados que representan a la totalidad. De los eventos analizados se han extraído un total de 38 categorías, que representan las vivencias que los alumnos han identificado como más relevantes en sus prácticas y que en su mayor parte coinciden con los 28 ítems de la escala CIBISA. De éstos, 24 de ellos son subcategorías dentro de las integrantes del triángulo de cuidado, que evidencian la importancia que los alumnos dan al bienestar del ser cuidado, así, 16 hacen referencia al bienestar, 4 a la seguridad clínica y técnicas duras y 4 al autocuidado o autonomía, que comprende información.

Los 14 ítems restantes han sido clasificados en dos categorías: la profesionalización /aprendizaje, con 9 ítems de esos 14 , que hacen referencia al concepto de profesión que perciben los alumnos, y en el que influye la que se cataloga como segunda categoría: el clima laboral , con 5 ítems. Todo en función de lo observado por los alumnos en sus prácticas hospitalarias y de lo que ellos mismos han considerado relevante integrar en el desarrollo de su profesión. A continuación se van a integrar los ítems extraídos en el esquema del marco conceptual del punto Metodología :

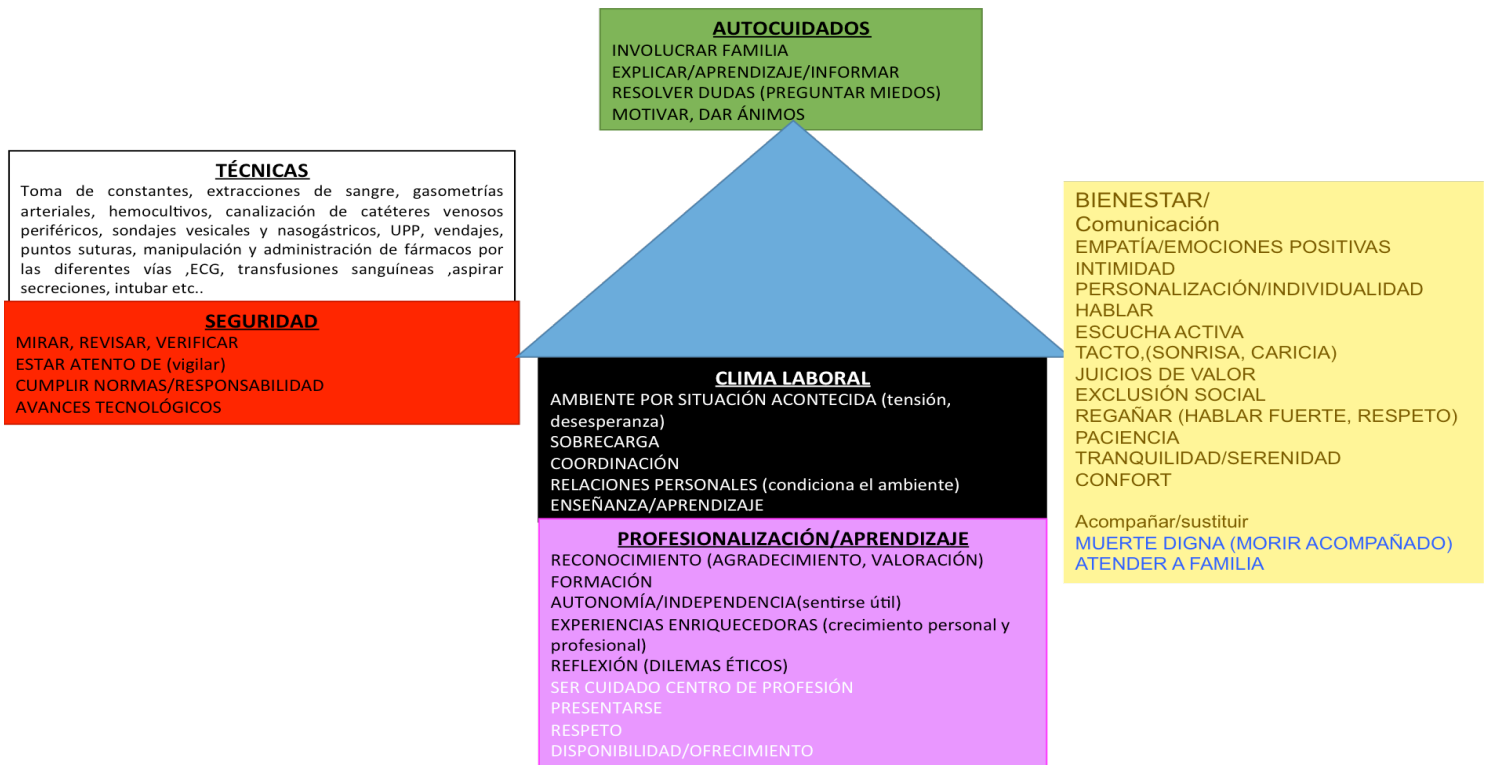


Imagen 2. Triángulo de resultados. Elaboración propia.

A continuación se van a exponer los ítems sintetizados, así como algunos eventos considerados notables en representación de cada ítem, bien sea por evidenciar la puesta en práctica de CI por parte de los alumnos, o por la observación del desarrollo de los mismos o su ausencia en el resto de profesionales. Comenzando por la seguridad clínica, pasando por el bienestar y la autonomía/autocuidado, y concluyendo con el clima laboral y profesionalización como elementos contextuales importantes del triángulo que condicionan las tres dimensiones anteriores.

Así en lo referente a seguridad clínica, los alumnos han puesto en valor eventos relacionados que se podrían incluir en los siguientes ítems:

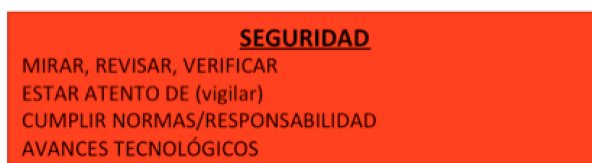


Imagen 3. Seguridad. Elaboración propia.

Como responsables del cuidado los profesionales enfermeros, ejecutores de técnicas y administración de fármacos,

deben mirar, revisar, verificar las acciones que recaen sobre el ser cuidado con el propósito de actuar en todo momento de la forma más segura posible. Así lo han percibido los alumnos, adoptando dichas medidas en su práctica diaria y siendo capaces de reconocer la repercusión que su ausencia puede tener en la salud del ser cuidado:

“Es evidente que el trabajo del personal de enfermería conlleva una gran responsabilidad, pero en las prácticas cada día me doy más cuenta de ello. En Urgencias pasan al día muchísimos pacientes. Antes de realizar cualquier técnica, transfusión sanguínea o de administrar medicación me están acostumbrando a mirar, revisar y verificar varias veces la identidad del paciente, preguntándole, mirando la historia, el tratamiento...porque el mínimo despiste o confusión puede conllevar a una grave complicación”. EC2_2015/16_1Cgb

“En otra ocasión, un paciente fue operado de una prótesis de rodilla sin ningún acontecimiento notable. Sin embargo, decidieron ponerle algo de analgesia, nolutil en concreto, cuando el paciente era alérgico a las pirazolonas. Como consecuencia, tuvo una reacción adversa brutal. Con esto me di cuenta la importancia de conocer la historia del paciente”. EC2_2015/16_1Cgb

Como esenciales para esta seguridad clínica, los alumnos también relatan las técnicas enfermeras que van desarrollando en el transcurso de sus prácticas, siendo algunas de ellas:

“Extracciones de sangre, toma de constantes, gasometrías arteriales, hemocultivos, canalización de catéteres venosos periféricos, sondajes vesicales , vendajes, puntos de sutura”.

EC2_2015/16_2SA

“Sondajes nasogástricos, manejo de UPP , manipulación y administración de fármacos por las diferentes vías, ECG”. EC2_2015/16_2Cgb

“Transfusiones sanguíneas”. EC2_2015/16_16SA

“Aspirar secreciones”. EC2_2015/16_12SA

“Intubar”. EC2_2015/16_13SA

Para brindar un cuidado seguro y así de confianza, los profesionales sanitarios deben vigilar, estar atentos de la persona necesitada de cuidados, atendiendo sus necesidades de la forma más integral posible. Los alumnos han sido también en este caso conscientes de su relevancia para la seguridad del ser cuidado, así lo relatan:

“En esta primera semana me gustaría señalar una experiencias que me llamo la atención porque me hizo ver la importancia que tiene ir a ver a los pacientes sin que ellos te avisen, aunque ya se hayan atendido, mostrando nuestro interés por su salud. Un paciente fue llevado a la sala de observación de urgencias hasta que se le diese cama en el hospital. Cuando llegó a la sala se le valoró si llevaba goteros, medicación, sonda, el estado de la vía... Como no tenía prescrito medicación hasta las ocho de la tarde no se le volvió a visitar hasta que el médico nos indico que le sacásemos sangre para un hemocultivo. Se le iba a sacar sangre de la vía que se le había puesto en atención medica de urgencias pues en ese momento no tenia prescrito fluidoterapia, sin embargo, se observó cómo la zona de inserción de la vía estaba inflamada y al preguntarle al paciente si le dolía nos decía que sí, pero que no se había quejado pues pensaba que era normal. Claramente se había extravasado y se le retiro la vía inmediatamente, para evitar consecuencias graves posteriores”. EC2_2015/16_16SA

Los alumnos han puesto en valor la importancia de que el profesional sanitario, en el desempeño de su labor como cuidador, cumpla unas normas ejerciendo su profesión con la responsabilidad que su condición como guardián de la salud de los demás conlleva, para una mayor seguridad. Además vemos cómo por medio de la práctica aprenden tanto de sus errores como de los observados en otros profesionales:

“...resultó ser que estaba aprendiendo y había otra auxiliar vigilando. Entonces desconectó el tubo y yo aspiré, y cuando saqué la sonda ella no volvió a conectar el tubo, me quedé extrañada y no supe bien qué hacer así que volví a aspirar, porque no tenía la confianza en mí misma para decirle “No, conecta el tubo”, pero tras aspirar esa segunda vez y ver que no lo conectaba ya le dije que lo conectase. Justo en ese instante el enfermero se puso a gritar porque María del Roser se estaba desaturando. Yo estaba de espaldas al monitor y me olvidé de comprobarlo...De esta experiencia aprendí que yo sé lo que valgo y en ningún momento si creo que algo se está haciendo mal debo permitir que ocurra, al menos si yo estoy al cargo, a partir de este caso soy yo la que marca el ritmo diciendo que hacemos en cada caso, controlando el monitor y esperando a que el paciente se recupere pase lo que pase. Y de verdad que me arrepiento de no haber guiado bien a esa auxiliar por hacerme pequeña y dejarme llevar siendo que soy yo la que tenía que saber qué hacer”. EC2_2015/16_12SA

“Uno de los cirujanos realiza la intervención con la mascarilla mal puesta y con la nariz al aire. En ningún momento se preocupa de que alguien se la coloque bien, de hecho siempre que opera la lleva mal puesta. Una de las pacientes operada por el cirujano anteriormente mencionado, tiene una infección de la herida”. EC2_2015/16_18SA

A pesar de centrarse en el tema de los cuidados invisibles, los alumnos no han dejado de reconocer la importancia de los avances en tecnología de los que hoy en día disponemos, dándose cuenta de cómo bien aprovechados son de gran ayuda para la salud de las personas. Así exponen:

“Durante esta semana de prácticas en urgencias del Hospital Miguel Servet, me ha tocado estar en Vitales. Destaco positivamente el programa para realizar el triaje de los pacientes, ya que a través de una serie de preguntas prioriza a los pacientes según gravedad y es un programa muy rápido pero el fallo que observo es que si el programa deja de funcionar y tienen que realizar el triaje manual, este se entelentece mucho y se forma una gran lista de espera”. EC2_2015/16_2SA

“Programa en el que cada enfermero con su nombre y huella dactilar pone que medicación quiere sacar y el programa va abriendo las puertas y cajones de la medicación que solicita el enfermero. Con este programa se logra un buen control de la medicación y que esta no se encuentre a disposición de cualquiera”. EC2_2015/16_2SA

En lo referente al bienestar, se han creado las siguientes subcategorías a partir de la síntesis de ideas transmitidas por los alumnos a partir de sus vivencias:

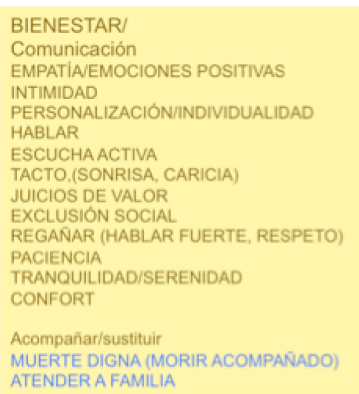


Imagen 4. Bienestar. Elaboración propia.

Contemplando la salud como fin último de nuestra labor de cuidadores profesionales, los alumnos ponen en valor la necesidad de hablar, es decir, una buena comunicación que posibilite conocer lo mejor posible las necesidades del ser cuidado para satisfacerlas de la forma más íntegra posible, lo

que repercutirá en su salud. Identifican también las graves consecuencias de no hacerlo. Así relatan:

“Un paciente coronario intubado, hacía 24 horas que le habían puesto un marcapasos temporal externo, no puede comunicarse por el tubo, pero expresa con gestos y mucho desasosiego la necesidad de hacerlo. Después de entrar y salir varias veces de la habitación sin entenderlo, la enfermera le propone un código de si/no apretando la mano. tras muchas preguntas, solo quería

estar más cómodo, tenía dolor en la pierna y le molestaba la garganta debido al tubo. La enfermera habla con el médico, que pauta un analgésico. Observo que el paciente se relaja, se siente reconfortado y comprendido, además, la ocurrencia de la enfermera parece haberle hecho gracia y, a su manera, lo refleja”. EC2_2015/16_23SA

“El caso de Mercedes me impactó mucho la verdad, fue una de las primeras mujeres que vi al llegar al servicio de la uci coronaria. Un día que estuvo a mi cuidado, y el de la enfermera titular que me acompañaba, empezó a desaturarse porque repetidamente se apartaba la mascarilla de oxígeno de la cara, y yo entraba en el box para volver a colocársela y explicarle cada vez que ella necesitaba esa mascarilla para poder respirar y que no debía quitársela y la calmaba en la medida en la que podía. Pero llegó un momento en el que la enfermera titular se puso seria y entró a colocarle la mascarilla ella misma hablándole en un tono de recriminación y de regaño que no me pareció adecuado en absoluto, prácticamente le gritó que si se seguía quitando la mascarilla no le iba a seguir atendiendo. Luego esta enfermera me decía que a los enfermos hay que darles una de cal y una de arena que si no eran colaboradores debían ponerse firmes. Momentos después Mercedes empezó a esputar un líquido marrón burbujeante y tras estar sola con ella limpiándolo cuanto podía vino la enfermera titular y el médico, tuvieron que intubarla. Esa noche falleció, me enteré varios días después de que fue un edema pulmonar, ya que esa enfermera no me explicó nada en el momento. Y me pregunto que si en vez de haberle gritado a Mercedes se hubiese intentado hablar con ella y preguntarle qué le ocurría quizás se hubiese dado cuenta antes de que no se quitaba la mascarilla por gusto, si no que algo iba mal”. EC2_2015/16_12SA

“Aprendí cuanto puedes aprender del estado anímico del paciente, sin saber lo que le está diciendo a la enfermera, mediante la observación de sus expresiones, su posición corporal, su tono de voz, la forma en la que se toca o protege partes de su cuerpo...” EC2_2015/16_21CN

Los alumnos, en el desempeño de sus prácticas, han experimentado la empatía con el ser cuidado, la capacidad sentir emociones relacionadas con él y su situación, considerándola tan importante hasta el punto de decir estar “impactado” por la ausencia de la misma. Además han podido comprobar la imposibilidad de limitar la profesión enfermera a lo puramente técnico, sino que está ligada de forma innata a la parte emocional por nuestra condición de seres humanos. Así se evidencia en algunos de los relatos aportados:

“Lo más destacable de la semana fue un señor al que le iban a hacer una sigmoidectomía , tenía 90 años y me recordaba mucho a mi abuelo que murió hace cinco. Cuando entraron al señor a quirófano estaba muy nervioso. Mis enfermeras todavía no habían llegado así que me acerqué

para estar con él hasta que le anestesiaran. Me cogió la mano y me dijo que no quería morir...que tenía mucho miedo...que su mujer lo necesitaba...Yo para calmarle le dije que iba a salir todo bien, que en unas horas volvería a ver a su mujer y a sus nietas y que no se preocupara, que nosotras estábamos ahí e intenté cambiar de tema. Cuando vinieron mis enfermeras tuve que salir porque se me caían las lágrimas. Me emociona mucho la gente mayor y al ver a ese señor que se parecía tanto a mi abuelo, me hizo recordar lo mucho que lo echo de menos”. EC2_2015/16_11SA

“En esta ocasión, me impresionó la falta de empatía y de conocimiento de las ginecólogas y de una de las enfermeras que estaban en quirófano. A la paciente se le tenía que realizar una histeroscopia, porque había salido algo alterado en una ecografía. Al llegar a la cavidad del útero, observamos que tenía un pólipo que ocupaba la cavidad en su totalidad prácticamente. En estos casos, la paciente es sometida a una histeroscopia quirúrgica bajo anestesia. Sin embargo, en esta ocasión las ginecólogas decidieron extirparlo, sin anestesia ni analgesia alguna. Lo peor era ver cómo no reaccionaban al ver a la mujer chillar y llorar”. EC2_2015/16_1Cgb

“Uno de los pacientes ha sido un poco grosero conmigo, por no haber escogido el tipo de esparadrapo que le suelen poner habitualmente. En cierto modo he llegado a comprenderlo, puesto que son pacientes crónicos que tienen que dializarse tres veces a la semana durante 4 horas (por lo general), y todo ello acaba agotando al paciente física y emocionalmente”. EC2_2015/16_11CN

Como bien han identificado los alumnos, el ser cuidado es muchas veces un ser vulnerable. Así, los alumnos consideran que una de las actitudes para minimizar dicha vulnerabilidad es proporcionarle intimidad en la medida de lo posible, identificando las carencias percibidas en el cuidado llevado a cabo por otros profesionales , incluso calificándola como falta de respeto, e integrándola en el suyo propio:

“Uno de los aspectos esenciales es la intimidad del paciente, sobre todo en quirófano donde se encuentran totalmente desnudos, llegando algunos a sentirse incómodos, por lo que a veces es innecesario desnudarlos nada más llegar puesto que se puede esperar a que estén totalmente dormidos, o en el caso de una anestesia intradural taparles la parte de arriba con una sábana. Por eso esta semana al sondar a un paciente, esperamos a que la anestesia hiciera efecto y una vez ya dormido le sondamos y le colocamos en la posición correcta para la intervención, evitando así que el paciente se sienta incómodo”. EC2_2015/16_7SA

“El viernes tuvimos una operación de hemorroides. Se trataba de una mujer joven. El quirófano estaba repleto de estudiantes de medicina que querían ver la intervención. La mujer al ver a tantos jóvenes se puso nerviosa y le dijo al cirujano que quería que los estudiantes se marcharan porque no quería que la vieran desnuda. El médico aceptó. Sedaron a la mujer y el cirujano no les dijo nada a los estudiantes y estos siguieron ahí. Me pareció una falta de respeto y una violación de su intimidad. Entiendo perfectamente a la mujer porque a mí tampoco me gustaría que diez estudiantes de medicina vieran como me operan unas hemorroides en posición ginecológica”.
EC2_2015/16_11SA

Los alumnos, en su práctica diaria han experimentado la diversidad de culturas y religiones, así como de situaciones personales, de ahí se dan cuenta de la necesidad de brindar un cuidado personalizado, adaptado a las distintas necesidades de cada ser humano para un abordaje holístico del mismo:

“He estado con dos pacientes los cuales no tienen casa o viven en un albergue. Con uno de ellos mientras le estaban poniendo una vía central de acceso periférico le cogí la mano ya que él estaba consciente y sabía que le iba a doler. Por un momento le solté la mano para pasarle una jeringa a mi enfermera e inmediatamente él volvió a cogerme la mano, como buscando alguien en el que resguardarse en ese mal momento. Me di cuenta del cariño que necesitan los pacientes y más ante estas situaciones que están solos y no tienen familia.” EC2_2015/16_25SA

“El otro día acudió al triaje una joven de 21 años que acababa de llegar de su país, Rumania, en busca de trabajo. Estaba embarazada y por su apariencia, de varios meses. Nos comunicamos con ella como pudimos debido al desconocimiento del idioma. Según nos dijo, acudía al hospital para conocer el sexo del bebé que estaba esperando. Es obvio que no es una consulta de Urgencia, pero la joven vivía en la calle, solo tenía a su pareja y no le había visto ningún médico hasta el momento. A nadie se le puede negar la atención en Urgencias, se le puede intentar convencer de acudir a su médico de cabecera, pero vista su situación, la enfermera decidió derivar a la joven al servicio de Ginecología”. EC2_2015/16_2Cgb

“Uno de los pacientes era inglés y ya que hablo muy bien el idioma ayude a la anestésista a explicarle todo el proceso, actuación que le tranquilizó mucho y tras la operación agradeció”.
EC2_2015/16_20CN

Los alumnos, a partir de situaciones presenciadas, ponen en valor la escucha activa como imprescindible para lograr una buena comunicación y así una atención integral que se traduce en seguridad y bienestar:

“El otro día coincidí con una señora de 78 años que manifestaba dolor abdominal. Cuando pasó al box, fui yo la que le realicé la Valoración de Enfermería. Inmediatamente la paciente comenzó a contarme todos sus problemas familiares y sociales. Se sentía muy sola, no tenía a nadie, solo dos hermanos con los que se dejó de hablar hace varios años. Fueron 10 minutos los que estuve con ella escuchándola, pero me sirvieron para darme cuenta de la necesidad que tenía de hablar con alguien a quien expresar sus sentimientos. La verdad es que en algunos casos, y más en este servicio en el que hay un gran número de pacientes, hay quien se centra demasiado en la técnica dejando a un lado la sensibilidad humana. Por este motivo, siempre intento establecer un clima de confianza, escuchar al paciente y animarle en la medida de lo posible”. EC2_2015/16_2Cgb

“Durante la semana una paciente que tras sufrir un episodio de infarto al corazón aún tenía que seguir ingresada en otra planta del hospital debido a un carcinoma. Me llamó la atención el cuidado, la escucha y el cariño con el que todo el personal trataba su situación e incluso nos quedábamos en su habitación para que se desahogara y pudiera hablar con total libertad de su enfermedad”. EC2_2015/16_6Cgb

“El hombre no dejaba de chillar, se movía, levantaba los brazos...y las anestesistas seguían hablando de sus cosas sin hacerle caso, tuvimos que ir mi enfermera y yo a calmarle porque si no el hombre se hubiera caído de la camilla “.EC2_2015/16_11SA

Además, los alumnos, ponen de manifiesto la relevancia de otra forma de comunicación tan relevante como el resto, que es el tacto, la proximidad al ser cuidado, pues experimentan cómo a través de la sonrisa o una caricia se pueden transmitir infinidad de sensaciones y emociones que de otro modo no sería posible. Además inciden en la influencia que tienen dichos gestos a la hora de tranquilizar al ser necesitado de cuidados y así en su bienestar. Ejemplo de ello son:

“...y concretamente, recuerdo como una vez una enfermera estaba tratando de canalizar una vía a uno de ellos, mientras el abuelito gemía, se retorció y se quejaba sollozando incoherencias. Milagros se acercó a la cama y, sin decir nada, tomó la mano libre del paciente entre las suyas, acariciándolas suavemente. Y empezó a cantar una nana en español, a lo que la otra enfermera reaccionó con extrañeza. El paciente dejó de gemir y se quedó en completo silencio durante un momento. Y luego se calmó. Su cuerpo se relajó (dejando a la otra enfermera terminar de conectar el gotero sin complicaciones) y aferró a su vez la mano de Milagros, esbozando una especie de sonrisa”. EC2_2015/16_21CN

“...cómo a pesar de que un paciente estaba sedado se le hablaba como por ejemplo cuando realizábamos el aseo del paciente, este se ponía nervioso, se le tranquilizaba acariciándole la cara y diciendo palabras reconfortantes”. EC2_2015/16_9SA

Algo que ha llamado especialmente la atención de los alumnos, por suponer gran contraste con los valores que consideran ligados a su profesión son los juicios de valor y exclusión social, que han identificado por parte de algunos profesionales y que ellos mismos en ocasiones han intentado subsanar. Ejemplo de ello son los siguientes:

“Un evento notable de carácter negativo fue un paciente trasplantado de hígado y con problemas de alcoholismo y drogadicción. Recibía, de enfermeras y auxiliares, comentarios ofensivos, el cual, mostraba en realidad que necesita ser escuchado por alguien.” EC2_2015/16_24SA

“Cuando terminé de rellenar todo y me di la vuelta para ir a control y preguntarle a su enfermero si él sabía cuándo le iban a dar el alta vi a dos policías nacionales al lado de su enfermero que no me perdían de vista con cara de mala leche, era preso. Me acerqué y le pregunté si sabían cuándo le iban a dar el alta, y me contestó de momento iba a planta. Volví y se lo dije y se quedó muy tranquilo y agradecido. Ha sido el primer paciente que he visto sonriendo recién operado. No me pareció que las enfermeras tuvieran la misma actitud que con los demás pacientes, dado que le atendí yo y la auxiliar, y con los otros pacientes el enfermero siempre estaba a mi lado y al lado del paciente supervisándome.” EC2_2015/16_21SA

Como proveedores de cuidados, resulta esencial nuestra labor comunicadora. Por ello, los alumnos también han observado y analizado el tono y forma en la que los profesionales se dirigen a los seres necesitados de cuidados, detectando en ocasiones un tono de regañó o hablar fuerte que les ha impactado, y analizando el respeto, llamándoles la atención:

“El caso de Mercedes me impactó mucho la verdad, fue una de las primeras mujeres que vi al llegar al servicio de la uci coronaria. Un día que estuvo a mi cuidado, y el de la enfermera titular que me acompañaba, empezó a desaturar porque repetidamente se apartaba la mascarilla de oxígeno de la cara, y yo entraba en el box para volver a colocársela y explicarle cada vez que ella necesitaba esa mascarilla para poder respirar y que no debía quitársela y la calmaba en la medida en la que podía. Pero llegó un momento en el que la enfermera titular se puso seria y entró a colocarle la mascarilla ella misma hablándole en un tono de recriminación y de regañó que no me pareció adecuado en absoluto, prácticamente le grito que si se seguía quitando la mascarilla no le iba a seguir atendiendo. Luego esta enfermera me decía que a los enfermos hay que darles

una de cal y una de arena que si no eran colaboradores debían ponerse firmes. Momentos después Mercedes empezó a esputar un líquido marrón burbujeante y tras estar sola con ella limpiándolo cuanto podía vino la enfermera titular y el médico, tuvieron que intubarla. Esa noche falleció, me enteré varios días después de que fue un edema pulmonar, ya que esa enfermera no me explico nada en el momento. Y me pregunto que si en vez de haberle gritado a Mercedes se hubiese intentado hablar con ella y preguntarle qué le ocurría quizás se hubiese dado cuenta antes de que no se quitaba la mascarilla por gusto, si no que algo iba mal.”
EC2_2015/16_12SA

“Por otra parte me ha llamado negativamente la atención como estando consciente el paciente, entraban en el box por la mañana bastantes enfermeras para enseñar el monitor nuevo hablando fuerte, sin pensar que el paciente estaba dormido y le acaban de despertar”. EC2_2015/16_9SA

Además, los alumnos desarrollan y ponen en práctica una cualidad que consideran esencial como proveedores de cuidados, la paciencia, así lo relatan:

“La hermana de una paciente se puso a gritar en el control que era una vergüenza de servicio, que no era normal que no se le diera nada de comer a su hermana...la paciente había acudido por un dolor abdominal, y el médico le había ordenado ayuno absoluto y ya se lo había explicado a ambas...me doy cuenta que a lo largo de mi vida me voy a encontrar con muchos tipos de personas, agradables y desagradables, educadas y maleducadas, pero como profesionales no debemos ponernos a su nivel, hay que tener paciencia y realizar nuestro trabajo como siempre.”
EC2_2015/16_2Cgb

“...he tenido un par de pacientes complicados, muy demandantes y con muy malas formas. Reconozco que ahí me cuesta ser paciente y no dejarme llevar por mis emociones, pero en ello estoy.” EC2_2015/16_26SA

Destaca la importancia que los alumnos dan a transmitir tranquilidad y serenidad al ser cuidado, velando ellos por proporcionarlas en gran parte de los relatos, así como describiendo en otros las transmitidas por el resto de profesionales a los seres cuidados o la ausencia de ello. Para dejar constancia de su relevancia, describen también las repercusiones que tiene sobre el bienestar, seguridad y salud del ser cuidado la ausencia de esta tranquilidad. Algunos ejemplos son :

“...antes de iniciar la anestesia general hablaba tranquilamente con ellos y les preguntaba “dónde querían viajar” durante su sueño, animándolos a imaginar ese lugar que disfrutaban de modo

particular... Y no me atrevo a asegurar que sea esa la razón por la cual parecían ser los que mejor despertaban, pero de lo que no me cabe duda es de que ese momento les tranquilizaba y hacía más fácil el momento inmediatamente previo a la intervención.” EC2_2015/16_5SA

“...a su entrada, ya había verbalizado anteriores episodios de intranquilidad en intervenciones anteriores. Sin embargo, antes incluso de que el anestesista completase el plexo braquial, el traumatólogo puso la música con la que le gustaba trabajar, en absoluto relajada y con un volumen excesivamente alto. La paciente, muy influenciada por el ambiente que se había creado en el quirófano, tuvo un desagradable episodio de ansiedad, y fue fundamental la labor de enfermería para crear un clima relajado, así como la administración de medicación para volver a calmar a la paciente y lograr una intervención exitosa”. EC2_2015/16_5SA

“Como evento notable, me acuerdo de su capacidad (¿don?) para calmar a los pacientes. Trabajábamos en una planta de medicina interna, con el paciente tipo de anciano con multipatología y, a menudo, con muchas inquietudes. Ella siempre me recordaba lo importante que era hacer al paciente sentirse cómodo y tenido en cuenta, sin importar el estado de consciencia en el que se encontrara. Recuerdo como se dirigía a sus pacientes demenciados con la misma seriedad y consideración que si estuvieran completamente orientados”. EC2_2015/16_21CN

Atendiendo a la necesidad de confort que todo ser cuidado tiene, los alumnos también la han puesto de manifiesto en numerosos relatos, resaltando las ocasiones en las que se ha proporcionado, e identificando las que no con sus respectivas repercusiones para la salud del ser cuidado:

“...algo que me gusta del equipo de enfermería con el que estoy trabajando es que miran siempre por la comodidad del paciente. Por ejemplo, como en quirófano la temperatura es baja se ocupan de que la mesa quirúrgica este caliente... tapándole cuando no es necesario que sea descubierto totalmente “.EC2_2015/16_20SA

“...fue una paciente con trastornos psicológicos, en un turno de tarde, la enfermera que la llevó supo en todo momento cómo actuar, para que la paciente se encontrara relajada e hiciera caso en cuanto a lo que se le decía para que se encontrara mejor. Ese día no se le oyó gritar, estaba cómoda, se tomó la medicación y se mostró más tranquila que otros días”. EC2_2015/16_24SA

Del análisis de las vivencias relatadas por los alumnos, se percibe también el valor en que los alumnos ponen al acompañamiento del ser cuidado, de situarse próximos a él a nivel físico y emocional. Así los alumnos realizan este acompañamiento destacando sus beneficios, y relatan las consecuencias de su ausencia:

“Tiene 16 años y juega al fútbol, hecho que aproveché para estar con él en la URPA, ya que yo también juego al fútbol y hablamos sobre ello, haciendo bromas. El paciente entró taquicárdico (120 ppm) y conseguimos que le bajarán las pulsaciones, entrando más tranquilo a la operación.”
EC2_2015/16_1SA

“Esta semana he estado en quirófano. La celadora trajo a un paciente antes de tiempo por orden del anestesista mientras las limpiadoras acababan de empezar a limpiar así que lo dejaron a la entrada del quirófano mientras limpiaban. A todo esto me acerqué yo y una enfermera no presentamos y le pedimos disculpas y le comentamos que había que espera un poco para que acabasen de limpiar. Le tapé con una manta porque tenía frío y me quedé a su lado hablando con él mientras acababan de limpiar.” EC2_2015/16_21SA

Considerando los alumnos al ser cuidado, en la mayor parte de los casos, un ser vulnerable, que en ocasiones puede tener alguna carencia a nivel físico o incluso emocional, entienden que , el profesional sanitario debe sustituir dichas carencias para proporcionarle el mayor bienestar posible:

“Un paciente con dificultad para movilización de las mucosidades el personal cada día estaba con él tratando de hacer ejercicios respiratorios para facilitar su expectoración”.
EC2_2015/16_6Cgb

En los últimos momentos de la vida de una persona es cuando más necesita estar acompañada, precisa de nuestros cuidados a veces no tan técnicos como sí emocionales. Necesitará estar acompañado tanto de profesionales como de sus familiares. Es por ello que los alumnos han dado especial relevancia a la necesidad de que el desenlace sea una muerta digna, poniendo de manifiesto cómo acerca de un tema de tal seriedad, existe una falta de consenso y protocolo, que depositan en un médico responsable del ser necesitado de cuidados, la importante decisión acerca del desenlace de una persona . Así los alumnos relatan por igual situaciones muy dispares que les hacen reflexionar a nivel personal:

“Tras varios días intentando que el paciente remontara con drogas vasoactivas y demás fármacos se decidió que iba a comenzar el protocolo de LET. Esto produjo en todos los que estábamos atendiéndolo mucha tristeza, pero también alivio por él, ya que veíamos a este hombre sufrir cada día debido a los pinchazos para las analíticas y diferentes pruebas... y a partir de ese momento el hombre tuvo un desenlace digno y sin dolor”. EC2_2015/16_6SA

“Tenemos varios pacientes en situación terminal a los que se les siguen aplicando todos los tratamientos, por agresivos que sean, porque lo más importante es mantenerles con vida. ¿merece esto la pena?”. EC2_2015/16_26SA

Destaca la consideración de los alumnos hacia el hecho de atender a la familia y acompañarla en un momento duro, proporcionando las mejores condiciones tanto para la aceptación como para la restauración de su salud emocional. Se ve así cómo los alumnos ofrecen su disposición a la familia o dan el pésame cuando es oportuno. Además destaca positivamente la ausencia de experiencias negativas relatadas acerca del tema:

“Falleció un paciente. Nos informaron que vendría del quirófano mal y que no se podía hacer nada, solo acompañar a la familia y darle la intimidad para que pudiera despedirse de su familiar. Preparamos una cama alejada del resto de los pacientes y colocamos un biombo para darles más intimidad, cuando pasaron los familiares les ofrecimos nuestra ayuda y que nos llamarán si necesitaban cualquier cosa, además administramos medicación para que el paciente no sufriera. Estuvimos a su disposición en todo momento, acompañándolos en esos momentos tan duros.” EC2_2015/16_7SA

Acerca de lo relacionado con la autonomía del ser necesitado de cuidados y su autocuidado, los eventos se han podido agrupar en las siguientes categorías:

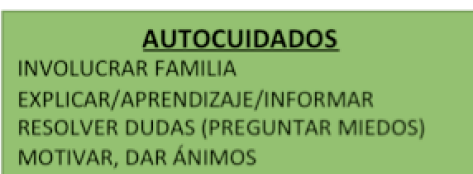


Imagen 5. Autocuidados. Elaboración propia.

Considerándola pilar fundamental de apoyo al ser cuidado, los alumnos resaltan la importancia de involucrar a la familia,

haciéndola partícipe del plan de cuidados para fomentar así el autocuidado en la persona necesitada de ellos. Además demandan la falta de consideración de algunos profesionales en referencia a la familia:

“Algunos acompañantes participan junto con la auxiliar y la enfermera, mientras que otros quedan de espectadores. Como es lógico, a los segundos siempre se les intenta involucrar de manera educada en el cuidado del paciente“.EC2_2015/16_2Cgb

“Una de las cosas que más me ha impactado en esta estancia de quirófano ocurrió con un chico de 16 años, que tenía que ser operado con anestesia general. La operación no tuvo contratiempo alguno, sin embargo, cuando llegó la hora de despertarlo, el niño no respondía a ninguna medicación. Sin embargo, fue increíble cuando la madre del chico, que estaba trabajando de auxiliar en otro quirófano, vino al quirófano y le cogió la mano y le habló y el chico comenzó a responder y finalmente, todo acabó bien “.EC2_2015/16_1Cgb

“La siguiente experiencia pone de manifiesto la importancia que tiene responder rápidamente cuando nos llaman tanto los pacientes como sus familiares.

Tuvo lugar en atención médica de urgencias cuando un hombre informó al personal que estaba en el control de enfermería que había un joven en la sala de espera que había empezado a convulsionar. Rápidamente, todo el personal que había fue corriendo a atender al paciente que era epiléptico y estaba sufriendo una crisis. Le introdujeron un tubo de Guedel en la boca y se le colocó una vía venosa periférica para administrarle Diazepam. El paciente fue llevado inmediatamente a vitales y gracias a la rápida actuación del personal al convulsionar no se hizo ningún daño”. EC2_2015/16_16SA

“Durante mi estancia en la sala de despertar, había un niño en la sala que había sido operado y no paraba de llorar. En muchas ocasiones o todas, se permite entrar a los padres vestidos apropiadamente para acompañar a sus hijos y así tranquilizarlos. En esta ocasión, el responsable de la sala se negó rotundamente y fue muy poco agradable ver como el niño no paraba de llorar fuéramos quién fuéramos a hacerle compañía”. EC2_2015/16_1Cgb

Los alumnos ponen de manifiesto cómo por medio de hechos tales como informar acerca de su situación o explicar la técnica o paso a llevar a cabo se hace partícipe al ser cuidado de sus propios cuidados, posibilitándole un aprendizaje que hará posible su autocuidado:

“Una de las cosas más importantes que he aprendido esta semana es que la labor de enfermería es esencial para dar tranquilidad y confianza a los pacientes, puesto que muchos vienen al quirófano bastante vulnerables y con miedo, sin saber muy bien qué es lo que les van a hacer. Esta semana hemos tenido a un paciente mayor que no sabía muy bien en que consistía la anestesia que le iban a poner (intradural) y tenía muchas dudas, además se encontraba bastante nervioso llegando incluso a temblarle las manos. Junto con la enfermera de anestesia le tranquilizamos y le explicamos cómo se iba a realizar la técnica, que sentiría calor y algún

pinchazo pero que después de eso no notaría nada. Le agarramos de las manos y estuvimos con él en todo momento hasta que terminó el anestesista. Durante toda la intervención fuimos preguntándole que tal estaba, infundiéndole ánimos .” EC2_2015/16_7SA

“Esta semana me ha llamado negativamente la atención, cómo una enfermera ha ido a darle la medicación a una paciente mayor. Esta paciente al llevar muchos días en la UCI, en determinados momentos se muestra desorientada, por lo que en mi opinión necesita cariño y comprensión. La enfermera ha acudido al box sin explicarle que le iba a poner ni hablarle, por lo que la paciente cada vez que acudíamos a visitarla nos decía que no quería que ella fuera más, que quería que fuéramos nosotras. Esto me ha hecho darme cuenta de cómo los pacientes necesitan nuestro cariño y se dan cuenta en todo momento de si se les trata de esta forma o no”. EC2_2015/16_9SA

El ser cuidado, desde su condición de ser vulnerable, ve comprometida lo más valioso para él: su vida. Así los alumnos ponen en relevancia la necesidad de preguntar miedos y resolver dudas para lograr una tranquilidad y así seguridad del ser cuidado:

“Me he ocupado yo sola de la entrada de los pacientes al quirófano, revisando su historia, ayudándolos a pasar a la mesa quirúrgica, colocándolos de la manera más cómoda posible para así proporcionarles confort, asegurándome que no tienen alergias medicamentosas e intentando que se sintieran cómodos, animándolos a que me llamarán en cualquier momento que necesitarán y resolviendo cualquier duda que tuvieran”. EC2_2015/16_7SA

“Otra experiencia a resaltar es la siguiente: una mujer había sido diagnosticada de cáncer de mama, y tenía que ser intervenida de mastectomía bilateral + linfadenectomía, y en la sala de acogida estaba muy nerviosa, hasta el punto de que la operación se llegó a poner en duda. Sin embargo, cuando la enfermera con la que ese día estaba se enteró, acudió y juntos le hicimos compañía y le ayudamos a sacarse todos los miedos en la medida de lo posible, y afortunadamente, fue intervenida. En ese momento, me percaté de lo importante que es saber escuchar, mostrar empatía y acompañar”. EC2_2015/16_1Cgb

Tal como apuntan los alumnos, otra de las labores necesarias para el fomento del autocuidado es motivar, animar al ser cuidado para involucrarlo en su proceso de salud y así fomentar el autocuidado:

“Una de las cosas más importantes que he aprendido esta semana es que la labor de enfermería es esencial para dar tranquilidad y confianza a los pacientes, puesto que muchos vienen al

quirófano bastante vulnerables y con miedo, sin saber muy bien qué es lo que les van a hacer. Esta semana hemos tenido a un paciente mayor que no sabía muy bien en que consistía la anestesia que le iban a poner (intradural) y tenía muchas dudas, además se encontraba bastante nervioso llegando incluso a temblarle las manos. Junto con la enfermera de anestesia le tranquilizamos y le explicamos cómo se iba a realizar la técnica, que sentiría calor y algún pinchazo pero que después de eso no notaría nada. Le agarramos de las manos y estuvimos con él en todo momento hasta que termino el anestesista. Durante toda la intervención fuimos preguntándole que tal estaba, infundiéndole ánimos.” EC2_2015/16_7SA

Como determinante en el desempeño de la profesión, los alumnos han considerado relevante el clima laboral, el cual hemos dividido en los siguientes ítems:

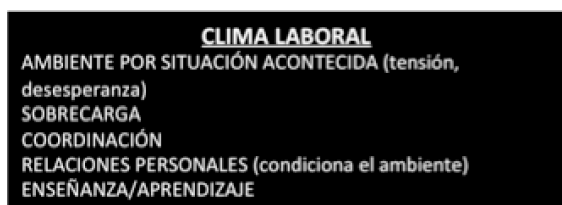


Imagen 6. Clima laboral. Elaboración propia.

Como bien han podido experimentar los alumnos, uno de los factores influyentes en el clima laboral, es el ambiente creado por la situación acontecida, que puede reflejar tensión y desesperanza:

“Hubo una experiencia que me marcó en mi primera semana estando en la Acogida; fue que la enfermera estaba muy agobiada porque no daba abasto con todos los pacientes (Sólo hay una enfermera y una auxiliar). El clima laboral era tenso y desesperante ya que ambas profesionales no tenían buena relación entre ellas, además de todo el trabajo que quedaba por hacer y el que se añadía con las peticiones de los anestesistas. Yo ayudaba a mi enfermera en todo lo que podía pero veía la cara de preocupación de los pacientes por los propios nervios a la operación y por la falta de atención necesaria a inquietudes previas a la entrada de quirófano. No existía un ambiente relajado y agradable. Por lo tanto, me afectó negativamente ya que pienso que es preferible que lleguen más tarde a la intervención pero con las ideas claras y habiendo solucionado todas sus dudas. En mi opinión, la Acogida no es solo un sitio donde se realizan las técnicas enfermeras (coger vías o verificar identificación), sino un momento imprescindible para tranquilizar al paciente y que vaya seguro a quirófano”. EC2_2015/16_4Cgb

“En quirófano, el grupo de médicos de trauma por querer acabar la intervención rápidamente, no se presentan al paciente ni hablan con el y realizan todo de forma tan rápida que no le van explicando al paciente los actos que en el van realizando. En vez de trabajar tranquilamente y bien, realizaban su trabajo corriendo y con ansiedad, hasta yo me sentía incómoda”. EC2_2015/16_15SA

Los alumnos también han podido sufrir la falta de personal que en ocasiones tiene lugar en distintos servicios sanitarios, que supone la sobrecarga de trabajo del resto de profesionales. Destacan también su repercusión:

“Cuando estás en urgencias, no puedes pasar el tiempo que se requeriría con cada paciente ya que tienes que ir uno detrás de otro para que luego no se te amontonen el trabajo. Sin embargo, algún profesional sanitario no saludaba o se presentaba cuando entraba en un box, no tranquilizaba a los pacientes que estaban muy nerviosos o no les explicaban a los pacientes que técnicas se les iban a realizar”. EC2_2015/16_16SA

“Creo que los días que hay mucha lista de espera, los enfermeros se sobrecargan, ya que, no paran de trabajar y además los pacientes se ponen nerviosos de tanto esperar y culpabilizan muchos a los enfermeros, no teniendo culpa alguna estos”. EC2_2015/16_2SA

Un elemento esencial tal como indican los alumnos, para el mayor aprovechamiento del trabajo en equipo es la coordinación entre los profesionales sanitarios. Así, ponen de manifiesto los riesgos de la falta de la misma para la seguridad del ser necesitado de cuidados. Ejemplo de ello son:

“Un día a una paciente que llevaba unas horas en la UCI subida de quirófano, se le rompió el ventrículo izquierdo, me sorprendió mucho la actuación de todos los integrantes de la UCI, ya que tuvieron que operar en el box y consiguieron salvar la vida de la paciente”. EC2_2015/16_8SA

“A veces, no se tiene preparada la mesa con el instrumental. Por lo que el paciente, ya en su posición correspondiente, tiene que “esperar” y puede no ser cómodo para éste además de estar nervioso e intranquilo de cara a la intervención”. EC2_2015/16_14SA

Dado que en el trabajo en equipo tienen lugar necesariamente numerosas interacciones entre los profesionales, los alumnos resaltan la influencia de las relaciones personales en el clima laboral:

“Mi enfermera habitual me pidió que instrumentara con ella, yo accedí. Durante la operación al coger un instrumento que era muy caro casi se me cae, ella empezó a chillarme y me dijo que mi vida no valía nada en comparación con el instrumento...Que nosotras las enfermeras dentro del quirófano no somos nada, que lo que importan son los instrumentos ya que cuestan mucho dinero. Mientras tanto el cirujano me dijo que yo era barata en comparación al instrumento.

Mientras todos se reían de mí, y de lo que ella decía...yo solo tenía ganas de marcharme. Me parecieron unos maleducados, y sinceramente mi vida no se compara con un instrumento. Por ello creo que lo más importante a la hora de trabajar es encontrarte con personas que te apoyen, amables, que tengan ganas de enseñar y que te respeten a pesar de que seas estudiante. Si encuentras personas que te hacen sentirte bien y realizada creo que el trabajo se lleva mucho mejor. Es una pena que haya gente que te haga sentir inútil y se burle de ti...lo único que consiguen es desmotivar y que no tengamos ganas de aprender”. EC2_2015/16_11SA

“Vino un niño en ambulancia que había sufrido un accidente esquiando y presentaba fractura de fémur y numerosas heridas. Estaba consciente en todo momento. Cuando lo entraron a urgencias, se montó una disputa entre una de las enfermeras y un técnico de ambulancia sobre cuál era la mejor técnica para trasladar al paciente de la camilla en la que estaba a la del hospital. Empezaron a gritar delante de todas las urgencias hasta el punto de que la enfermera hizo un parte de abusos. Me pareció una actuación poco profesional que dejó mucho que desear de los profesionales sanitarios. Además del efecto negativo que esto pudo tener en el paciente respecto a su confianza en nosotros”. EC2_2015/16_7Cgb

Los alumnos han sido testigos de cómo el trabajo en equipo brinda la oportunidad del intercambio de conocimientos entre profesionales, una enseñanza y aprendizaje continuos. Así lo relatan:

“Esta semana han llegado muchas enfermeras nuevas de otros servicios, y las enfermeras más veteranas les han tenido que ir explicando, lo cual me ha venido muy bien, porque nunca está de más que te recuerden las cosas que te explicaron al principio”. EC2_2015/16_3Cgb

“...instrumenté sola y también tengo que decir que los cirujanos fueron muy atentos y comprensivos si en algún momento tardaba más de la cuenta en montar los motores o dar algún utensilio. Me sentí autosuficiente y que formaba parte del equipo... logré encontrar la serenidad que pensaba que era inexistente”. EC2_2015/16_4Cgb

Como sustento del triángulo conformado por las tres dimensiones anteriormente desarrolladas, los alumnos ponen de manifiesto una serie de aspectos que hemos catalogado como profesionalización, y para la cual se han identificado los siguientes ítems:

PROFESIONALIZACIÓN/APRENDIZAJE
RECONOCIMIENTO (AGRADECIMIENTO, VALORACIÓN)
FORMACIÓN
AUTONOMÍA/INDEPENDENCIA(sentirse útil)
EXPERIENCIAS ENRIQUECEDORAS (crecimiento personal y profesional)
REFLEXIÓN (DILEMAS ÉTICOS)
SER CUIDADO CENTRO DE PROFESIÓN
PRESENTARSE
RESPECTO
DISPONIBILIDAD/OFRECIMIENTO

Imagen 7. Profesionalización. Elaboración propia.

Los alumnos, como proveedores de cuidados, han experimentado el reconocimiento, es decir, agradecimiento y valoración de “un trabajo bien hecho” por parte del ser cuidado o incluso a modo de satisfacción personal:

“...cuando se despidió al irse a la habitación me agradeció el trato recibido. Ella pensaba que era enfermero titulado pero cuando le dije que era estudiante me animó a que tratara a los demás pacientes como le había tratado a ella”. EC2_2015/16_1SA

“...realizada que me sentí cuando canalicé una vía a una mujer que iba a ser intervenida y me dijo que yo sería una gran enfermera. Que alguien ajeno al hospital reconozca que haces bien tu trabajo y que llegarás a ser muy buena profesional por cómo le traté, me hizo sentir realmente bien”. EC2_2015/16_13SA

Debido a la multitud de avances relacionados con la salud así como a la cantidad de investigaciones realizadas, los alumnos identifican la continua necesidad de formación, teniendo también en cuenta la adquirida a través de la experiencia. Como ejemplos se pueden ver los siguientes relatos:

“Una semana después, trajeron a mi quirófano una torre nueva de artroscopia. Pensaba que nadie nos lo explicaría como había pasado semanas antes en otros quirófanos, pero un comercial dio una explicación de para qué servía cada utensilio y cuáles eran las conexiones que debíamos conocer. Fue muy interesante ya que, al estar presente, pude ayudar en días posteriores a enfermeras que no pudieron asistir a la demostración y así, poder adelantar trabajo. Hubo un día en una intervención que mi enfermera tenía que encargarse de otras tareas, por lo que me quedé con una chica nueva durante unos minutos. En ese momento el cirujano reclamó que no funcionaba correctamente la torre y gracias a estar presente dicho día, pude solucionar el problema por mí misma”. EC2_2015/16_4Cgb

“Esta semana he aprendido más técnicas debido a que dos pacientes han necesitado técnicas de hemofiltración. Esta es una maquina muy específica que nunca había visto antes, por lo que me ha gustado poder aprender a manejarla”. EC2_2015/16_9SA

Los alumnos experimentan cómo para desarrollar sus capacidades al máximo es necesario gozar de cierta independencia que les permita actuar con autonomía y así sentirse útil y satisfecho:

“Me sorprendió especialmente que no dejaba las dudas para que las contestara el médico, sino que respondía con cordialidad sobre los efectos que tenía el tratamiento en el paciente, así como información sobre los cuidados que proporcionábamos a cada uno. No se limitaba a seguir la prescripción médica, sino que acordaba con ellos lo que no le parecía, según su juicio, del todo beneficioso para el paciente”. EC2_2015/16_19SA

“Comienzo a tener más autonomía, preparo sola las actividades de la enfermera anestesista. Además ayudo a echar el material estéril al campo. Me siento más útil”. EC2_2015/16_18SA

De las vivencias diarias, los alumnos han experimentado las experiencias enriquecedoras que el desempeño de su profesión posibilita a nivel profesional y personal. Así lo relatan:

“A nivel profesional, en estas prácticas en el servicio de Urgencias he aprendido muchas técnicas de enfermería y he mejorado otras de ellas así como asegurar en todo momento el confort y el bienestar del paciente. La verdad que han sido unas prácticas muy enriquecedoras tanto a nivel profesional como a nivel personal, y cada vez me doy más cuenta de lo que me gusta esta profesión”. EC2_2015/16_2Cgb

“En mi tercera semana, en la URPA, valoré muchísimo la necesidad de comunicación que tienen los pacientes al volver de quirófano. Además de saber qué tal ha ido todo, o si ya hemos comunicado a los familiares la resolución de la intervención, me sorprendió como un paciente de 84 años requería compañía y el no estar solo. Coincidió que en ese día no había muchos pacientes, por lo que me centré más en él, e incluso me habló sobre su familia, su día a día, sus aficiones... De hecho empaticé tanto con él que explique su historia en mi trabajo de Quirófano. Fue una experiencia tan positiva, que es uno de los momentos más especiales que me llevo de mi estancia en el servicio de Quirófano”. EC2_2015/16_4Cgb

De las prácticas diarias desarrolladas, los alumnos ha sido víctimas de algunos dilemas éticos derivados de la praxis profesional y que hacen necesaria su reflexión, contribuyendo a su desarrollo profesional y personal:

“Tenemos varios pacientes en situación terminal a los que se les siguen aplicando todos los tratamientos, por agresivos que sean, porque lo más importante es mantenerles con vida. Merece esto la pena?”. EC2_2015/16_26SA

“...medidas de contención física debido al confrontamiento ético que suponen estas medidas en la limitación de la libertad del paciente, además de la desorientación que puede causar en el paciente”. EC2_2015/16_4SA

“Otro momento que me ha impresionado durante estas prácticas fue la primera vez que vi ingresar a una persona que había sufrido un accidente de tráfico. Llegó con el fémur y la tibia rotos aparte de otras muchas lesiones menores y de un compromiso vascular importante en esa pierna. Tras unas cuantas pruebas le llevaron corriendo a quirófano. Durante estas prácticas me he concienciado más de lo peligrosos son los coches”. EC2_2015/16_10SA

Para los alumnos y alumnas de nuestro estudio es lo que califican como buena o no tan buen enfermera. En este punto la subcategoría es el ser necesitado de cuidados como centro del cuidado realizado por la/el enfermera/o:

“Lo que la diferencia de las demás enfermeras que he conocido aquí es que presta plena atención a los pacientes” Y la enfermera le refuerza con estas palabras: “Puede que el quirófano resulte algo mecánico y frío, pero aquí lo más importante siempre es nuestro paciente porque sin él nosotras no hacemos nada.” EC2_2015/16_11SA

“Una señora que ingresa por una insuficiencia respiratoria severa en la UCI. Está consciente y asustada. Debido a la baja TA, y después de tres pinchazos, la enfermera no puede canalizar una vía arterial. La médico decide poner una vía central y estabilizar a la paciente, diciendo, en varias ocasiones a la enfermera, que dejen para otro momento la vía arterial. La enfermera persevera en su labor, llama a una compañera, después a otra, que incluso pone algo de anestesia local. La paciente no puede aguantar el dolor e insiste desesperadamente que la dejen. Incluso después de que la médico expresara que no hacía falta coger esa vía, a la paciente se le realizan hasta diez intentos (también en los pies), teniendo finalmente que desistir. La razón que esgrime la enfermera para no cejar en el empeño, es que “sabe mal no conseguirlo”. Prima en este caso, el ego personal sobre el bienestar de la paciente”. EC2_2015/16_23SA

En cuanto al hecho de presentarse, así como en términos de algo tan básico en las relaciones personales como es el respeto, llama la atención de los alumnos la vivencia de algunas situaciones en las que no se ponen en práctica.

“...algún profesional sanitario no saludaba o se presentaba cuando entraba en un box, no tranquilizaba a los pacientes que estaban muy nerviosos o no les explicaban a los pacientes que técnicas se les iban a realizar.” EC2_2015/16_16SA

“...me ha llamado negativamente la atención como estando consciente el paciente, entraban en el box por la mañana bastantes enfermeras para enseñar el monitor nuevo hablando fuerte, sin pensar que el paciente estaba dormido y le acaban de despertar .“ EC2_2015/16_9SA

Acerca de si los profesionales muestran o no disponibilidad y ofrecimiento hacia los seres cuidados, los alumnos han presenciado situaciones que relatan:

“...le dije que no se preocupara que utilizase el timbre cuando necesitase algo, que siempre iría alguien por muy ocupados que estuviésemos y que estábamos ahí para cuidarle. Le recordé que si no nos avisa no podemos saber si necesita algo. Guillermo se calmó. Yo me despedí y le recordé que llame al timbre cuando lo necesite y que estamos para cuidarle”. “Y salí sintiéndome orgullosa de haber podido confortar a Guillermo” EC2_2015/16_12SA

Discusión y conclusiones

El cuidado en enfermería es un amplio proceso que abarca no solo lo referente a técnicas y actividades tangibles que denominaríamos como High tech en nuestro deber profesional de “estar pendiente de” el ser cuidado, sino también, tal como experimentan los alumnos, considerando al ser cuidado como ser holístico, debe integrar otro tipo de cuidados denominados high touch, que harían referencia al “estar con “ el ser cuidado. Los alumnos observan esa necesidad que tiene todo usuario de cualquier institución sanitaria de proximidad, apoyo, tacto, intimidad, paciencia, afecto, respeto, ser escuchado ⁶.

Así, los alumnos han podido experimentar, cómo, si en el desempeño de estos high tech y high touch se tiene en cuenta en todo momento elementos tan importantes como son la intimidad, escucha activa, paciencia, amabilidad, gentileza, tacto y afecto, se contribuye a la consecución de la autonomía por parte del ser necesitado de cuidados, y así el empoderamiento que lo haga partícipe activo de su salud. Se alcanza así un mayor grado de bienestar físico y mental, dependiente de su situación de salud, restaurando a su vez esa dignidad que la mayoría de ocasiones también se ve comprometida

6,10,22,40,41,42.

En sus prácticas clínicas, son testigos de cómo sobre estos dos tipos de cuidados se sustentarían tres elementos que consideramos claves en el proceso y relación de cuidado: la autonomía, seguridad clínica y el bienestar. Todo, como bien apuntan los alumnos, en el contexto de un clima laboral favorable y profesionalización o aprendizaje continuos ⁶.

Los alumnos, observan también que, el ser necesitado de cuidados, al sentirse enfermo, experimenta un distanciamiento con el mundo, su situación de salud lo separa del resto. Esto supone en él una amenaza derivada del miedo, estrés, incertidumbre, sufrimiento, que desencadena lo que Pellegrin denomina crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, una desestructuración tanto física como psicológica, social y espiritual. Esta desestructuración compromete su intimidad y su privacidad a la vez que su autonomía, y así su dignidad.

Los alumnos, se han esforzado por ayudar a afrontar y conllevar diferentes experiencias de salud por las que atraviesan las personas. A esta dimensión, Germán Bes la identifica como “cuidado invisible” ⁶. Los alumnos han sido ejecutores de este tipo de cuidados, asumiéndolos en su práctica diaria, siendo observadores de su práctica por parte del resto de profesionales y siendo capaces de identificar su ausencia así como las consecuencias para el bienestar y seguridad del ser cuidado de no ejercerlos. Se denota un aprendizaje y crecimiento personal y profesional continuo de estos alumnos a través de la práctica, consecuencia tanto de ejercer dichos cuidados como de la observación de la práctica o ausencia de los mismos en los profesionales. Han sido capaces además de subsanar y corregir errores de otros profesionales en lo referente a los cuidados invisibles como ha sucedido especialmente en temas de juicios de valor y exclusión social por parte de profesionales, así como los referentes a la intimidad, tranquilidad y confort.

Llama positivamente la atención la consideración por parte de los futuros profesionales de este tipo de cuidados, aplicándolos en su práctica diaria y destacando la gran capacidad empática de los mismos, así como el interés y la preocupación por proporcionar sobre todo intimidad y tranquilidad por medio del tacto, escucha activa, y acompañamiento tanto a los seres cuidados como a sus familiares. Además han podido identificar y observar en primera persona las consecuencias positivas para la salud del ser necesitado de cuidados de la aplicación de este tipo de cuidados, así como las

repercusiones negativas de la ausencia de los mismos en términos de intranquilidad e inseguridad que repercuten en la autonomía y autocuidado y así en la salud global. Han mostrado también especial interés en velar por un desenlace digno de la vida del ser cuidado, que se refleja en dilemas éticos y reflexiones que les generan situaciones vividas en las que identifican la ausencia de dicha dignidad.

También inciden en la necesidad de brindar un cuidado personalizado y adaptado a cada situación personal, mostrando especial interés en no sólo resolver dudas, sino también en interesarse por los miedos. Así por medio de la información y explicación de la técnica a realizar experimentan una disminución de la ansiedad en el ser cuidado que contribuye a su aprendizaje y así en su autocuidado y restauración de su autonomía, a través de la motivación. Destacan la relevancia de involucrar a la familia en el proceso de cuidados, teniéndola en cuenta como conocedores principales del ser necesitado de cuidados y pilar básico de la persona que confía y siendo testigos de la disminución de la ansiedad al estar con sus seres queridos.

En las experiencias relatadas, destacan dimensiones que coinciden con las que señalan Germán y Hueso tras su revisión bibliográfica acerca del significado del “cuidado invisible” en palabras de enfermos, familiares y estudiantes de enfermería: 1) Enseñar: fomento del autocuidado; 2) Mantener la relación de confianza (relaciones sociales, confianza, dar buen trato); 3) La relación con el otro, la necesidad de ayuda, reemplazarla; 4) El tacto; 5) La escucha; 6) Dar ánimo (tranquilizar, mostrar interés por el otro, alegrar; 7) El confort: dentro del cual se encuentra el control del dolor; 8) El respeto, preservar su intimidad; 9) Permanecer, acompañar, sufrir con, dedicación, presencia, disponibilidad; 10) la vigilancia clínica activa ⁶. (ANEXO I)

Más tarde, establecieron que estas dimensiones se agrupan en dos grandes bloques principales: “estar pendiente”, así, los alumnos se muestran atentos y preocupados por las personas cuidadas, llegando a sentirse envueltos y ligados a ellas afectivamente. En los relatos se ve cómo son capaces de sentir como el otro, fomentando su autocuidado. Comprueban que esta acción procura comodidad y da seguridad al saber que todo va bien, e incluye la realización de otros aspectos técnicos del cuidado, como control de signos vitales, por lo que requiere habilidades y el conocimiento de la propia técnica y de la anatomo-fisiología del cuerpo humano que permiten valorar los parámetros de normalidad, y “estar con la persona” ⁶.

Los alumnos han podido experimentar en la ejecución de los “high tech”, que en realidad estos van fuertemente ligados a los “high touch”, ya que en ese “estar pendiente o atento de” van implícitas acciones distintas a las puramente tangibles o técnicas, como son el pasar a visitar a un ser necesitado de cuidados, a pesar de saber que está bien, con no otra intención que la de ofrecerle una gasa para mojarse los labios, es decir, el ofrecimiento. Se evidencia también la importancia que los alumnos dan a la verificación y revisión de las acciones a llevar a cabo, siendo rigurosos en su desempeño. Todo ello con el fin último de una mayor seguridad clínica.

De este modo, los alumnos experimentan cómo se crea un todo indivisible por el que está integrado el cuidado en su totalidad, ya que se ve que el mero hecho de “estar pendiente de” o vigilando a una persona y llevando a cabo esos high tech, los vincula e involucra humanamente para llegar a “estar con” su ser cuidado e involucrados en su proceso de salud. Así se verifica lo apuntado por Vera Regina Waldow, que cuestiona el término de cuidado humano, ya que dice ser el cuidado el que en realidad nos hace humanos. Esto se refleja en la gran capacidad empática que se pone de manifiesto en los relatos, llegando a identificar determinadas vivencias con su vida personal privada.

Como recompensa de lo sembrado por los alumnos en materia de CI, se ve cómo se sienten útiles y expresan su satisfacción y plenitud al ver reconocido y valoradas sus acciones y su trabajo por parte tanto de seres cuidados como de los compañeros de profesión, lo que fomenta su autonomía y apuntan les supone una dosis de motivación para seguir en la misma línea de trabajo y mejorarlo.

Para ir concluyendo cabe apuntar la necesidad que los alumnos identifican y experimentan de un clima laboral favorable para el desarrollo de la profesión, poniendo en valor la importancia de unas relaciones personales correctas a la vez que denuncian las faltas de respeto que con más frecuencia de la debida tienen lugar entre los compañeros, ejemplificando por medio de relatos varios, lo determinante que puede llegar a ser para la salud del ser necesitado de cuidados una buena coordinación del equipo basada en una relación de respeto y valoración.

Cabe señalar, a modo de limitaciones del estudio, cabe citar la participación de algo menos de la mitad de los alumnos que iban a realizar sus prácticas, que podría ser debido, según verbalizaron algunos de ellos, a la carga de trabajo del curso académico.

Además los eventos relatados se ven sujetos a la subjetividad de la visión de la realidad que cada alumno tiene, además de la subjetividad con la que cada uno considera relevante una u otra situación acontecida.

Por medio de la investigación cualitativa, y de la reflexión acerca de la práctica diaria, pretendemos identificar puntos fuertes y débiles que integran la ciencia enfermera con el fin de subsanar dichas deficiencias e incidir en otras y potenciarlas en la enseñanza de los estudiantes, para contribuir desde este saber práctico a una mejora continua de la Relación de Cuidado ^{40,41,43,44}.

Con todo se ve que la elaboración de un evento notable (EN) creemos que semejante a mini-Diario Reflexivo de los alumnos durante sus practicas clínicas, es de utilidad para el seguimiento y evaluación de los resultados de aprendizaje de las competencias profesionales y habilidades. Esta reflexión acerca de la práctica diaria ha sido útil para la identificación de ciertas parcelas susceptibles de mejora ^{33,40,41,43,44}.

Por todo lo anterior se ve corroborada la hipótesis planteada, ya que se observa una puesta en práctica de los CI por parte de los alumnos, así como su observación e identificación en otros profesionales en positivo, en negativo, y también la falta de ellos, en el contexto de paradigma biomédico dominante en los servicios sanitarios. Además han sido capaces de aprenderlos y reforzarlos a través de la observación en otros profesionales. La escala CIBISA ha sido de utilidad como instrumento de aprendizaje para los alumnos sobre todo para poner en valor y reforzar acciones que ya se venían haciendo, así se refleja en la coincidencia de la mayor parte de los ítems elaborados a partir de los eventos de los alumnos, con los 28 de la escala. Con él se puede evidenciar que las hipótesis y objetivos planteados se alcanzan e incluso superan las expectativas.

Con todo, y en línea de mejora se ha considerado de interés el análisis y comparación de la puntuación obtenida al cumplimentar la escala CIBISA antes y después de realizar las prácticas, como propuesta de investigación para el futuro. Su finalidad sería la de comprobar el aprendizaje de los alumnos durante las prácticas clínicas.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Orkaizagirre Gómara Aintzane. *Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado*. Index Enferm [Internet]. 2013 [Consultado 22 Noviembre 2017]; 22(3): 124-126. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200002>
2. Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P. *Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera*. Enferm. glob. [Internet]. 2009 Oct [citado 2016 Ene 10]; (17). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es.
3. García Laborda Ana, Rodríguez Rodríguez J. Carlos. *Factores personales en la relación terapéutica*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2005 Dic [citado 2016 Ene 10]; (96): 29-36. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352005000400003&lng=es.
4. Muñoz de Rodríguez, Lucy; Vázquez, Marta Lucía. *Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger*. 2012.
5. Troncoso, M. Poblete; Suazo, S. Valenzuela. *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 499-503.
6. Hueso Navarro, Fabiola. *Factores de desarrollo en la enfermería comunitaria española en los últimos 25 años*. Dpto. de fisiatría y enfermería. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral. Septiembre 2014. Disponible: <https://zaguan.unizar.es/record/30673/files/TESIS-2015-030.pdf>
7. Huércanos Esparza, Isabel. *Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan*. Index Enferm [Internet]. 2013 [Consultado 22 Noviembre 2017]; 22(1-2): 5-6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>.
8. Maldonado, Almudena Alférez. *La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer*. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012; 3(2): 147-157.
9. De las Nieves, Candela Bonil. *¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles?* Archivos de la Memoria 2014; 11: 1.

10. Waldow, Vera Regina, y Rosália Figueiró, Borges. *El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad*. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 16(4).
11. Waldow, Vera Regina. *Cuidado humano*. Índex de enfermería 2014; 23(4): 234
12. Estefo Agüero Silvana, Paravic Klijn Tatiana. *Enfermería en el rol de gestora de los cuidados*. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Ene 10] ; 16(3): 33-39. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>.
13. Arredondo-González, Claudia Patricia, Siles-González José. *Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. Index Enferm [Internet]. Mar [citado 2016 Ene 10]; 2009 ; 18(1): 32-36. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es.
14. Grazziano, E. S.; Ferraz Bianchi, E. R. *Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros*. Enfermería Global, 2010; 18: 0-0.
15. Gil, Teresa González; Gimeno, Lara Martínez; González, Raquel Luengo. *Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España*. Texto Contexto Enferm, 2006; 15(1): 155-61.
16. De la Rosa Eduardo, Rosanna y Gerardo Zamora Monge. *Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos?* Index de Enfermería 2012; 21(4): 219-223.
17. Carrillo Algarra, Ana Julia; García Serrano, Lucila; Cárdenas Orjuela, Claudia Marcela; Díaz Sánchez, Ingrid Rico; Yabrudy Wilches, Nataly. *La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica*. Enfermería global. 2013; 346-361.
18. Muñoz de Rodríguez, Lucy; Vásquez, Marta Lucía. *Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger*. 2012.
19. García Hernández, M^a de Lourdes. *Unidad 2: Bases Filosóficas y epistemológicas en Enfermería*. Universidad autónoma del Estado de México. 2015.
20. Vaquiro Rodríguez, Sandra, y Jasna Stiepovich, Bertoni. *Cuidado informal, un reto asumido por la mujer*. Ciencia y enfermería. 2010; 16.2: 17-24.
21. Germán Bes C., Hueso Navarro F., Huércanos Esparza I. *El cuidado en peligro en la sociedad global*. Enferm. glob. [Internet]. 2011 Jul [citado 2016 Ene 10]; 10(23): 221-232.

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000300016>.
22. Ceballos Vasquez, Paula Andrea. *From the context of nursing, analyzing the humanized care*. Cienc. enferm. [Internet]. Citado 2016 Ene 10]; 2010; 16(1): 31-35. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.
23. Gómez Ramirez, Olga Janneth; Daza, Luis Antonio; Zambrano Caro, Vladimir Mauricio. *Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional*. 2008; 26(1): 85-96.
24. Cortinas, María José C., Cros, M., Pacilio y Salazar, María. *Gestión de cuidados: Percepción del cuidado invisible informe final trabajo de investigación*. Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería, 2013.
25. Blázquez Rodríguez, M^a Isabel. *Gender components and their relation with nursing*. Index Enferm [Internet]. 2005 Mar [Consultado 22 Noviembre 2017]; 14(51): 50-54. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300010&lng=es.
26. BES, Concha Germán. *Historia de la institución de la enfermería universitaria: análisis con una perspectiva de género*. Universidad de Zaragoza. 2007.
27. German Bes, Concha. *La Revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Prensa de la Universidad de Zaragoza. 2013
28. Regina Waldow, Vera. *Cuidar de sí, cuidar del otro, cuidar del todo: implicaciones para la salud y enfermería*. 2013; 2(1): 53-56.
29. Fernández Salazar, S., y A. J. Ramos Morcillo. *Comunicación, imagen social y visibilidad de los Cuidados de Enfermería*. 2013; 7(1).
30. Pedraza Anguera, Ana María. *Evaluación de competencias del enfermero especialista en enfermería pediátrica, utilizando la escala ECO*. Enf. 2014.
31. Pueyo Bergua, M^a Elena. *Enfermería en el manejo de los cuidados invisibles: el campo de energía humano*. Trabajo fin de grado. Escuela de Enfermería de Huesca. Curso académico 2012-2013.

32. López, P. L., Fernández, J. Z., Carvajal, P. C., & Díaz, C. V. *Una experiencia sobre la utilización del diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería*. *Enfermería Global*. 2008; 7(1).
33. Martínez Carretero, José María. *Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECOPE)*. *Educ. méd.* [Internet]. 2005 Sep [citado 2016 Jun 19]; 8(2): 18-22. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000600007&lng=es.
34. Calderón María, Soledad. *Competencias genéricas en enfermeras/os tituladas/os de la universidad arturo prat*, sede victoria, 2010. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 Abr [citado 2016 Jun 19]; 18(1): 89-97. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100009>.
35. Fernández, José Tejada. *Acerca de las competencias profesionales*. *Revista Herramientas*, 1999; 56: 22-30.
36. Artech Eguizábal, Joana Teresa. *La enfermera sustituta y su adaptación*. *Enferm. glob.* [Internet]. 2009 Feb [citado 2016 Jun 17] ; (15). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100017&lng=es.
37. citado por Germán: Gómez Sanz, Andrea Eney. *La ciencia y práctica enfermera del cuidado emocional: una revisión histórica*. TFM. 2017.
38. Urcola Pardo, Fernando; Ruiz de Viñaspre, Regina; Orkaizagirre Gomara, Aintzane; Jiménez Navascués, Lourdes; Ana Anguas Gracia; Germán Bes, Concha. *La escala CIBISA. Herramienta para la autoevaluación del aprendizaje práctico de estudiantes de enfermería*. *Index Enferm (Gran)* 2017. 26(3): 226-230
39. Orkaizagirre Gómara Aintzane, Amezcua Manuel, Huércanos Esparza Isabel, Arroyo Rodríguez Almudena. *El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado*. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Ene 10]; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

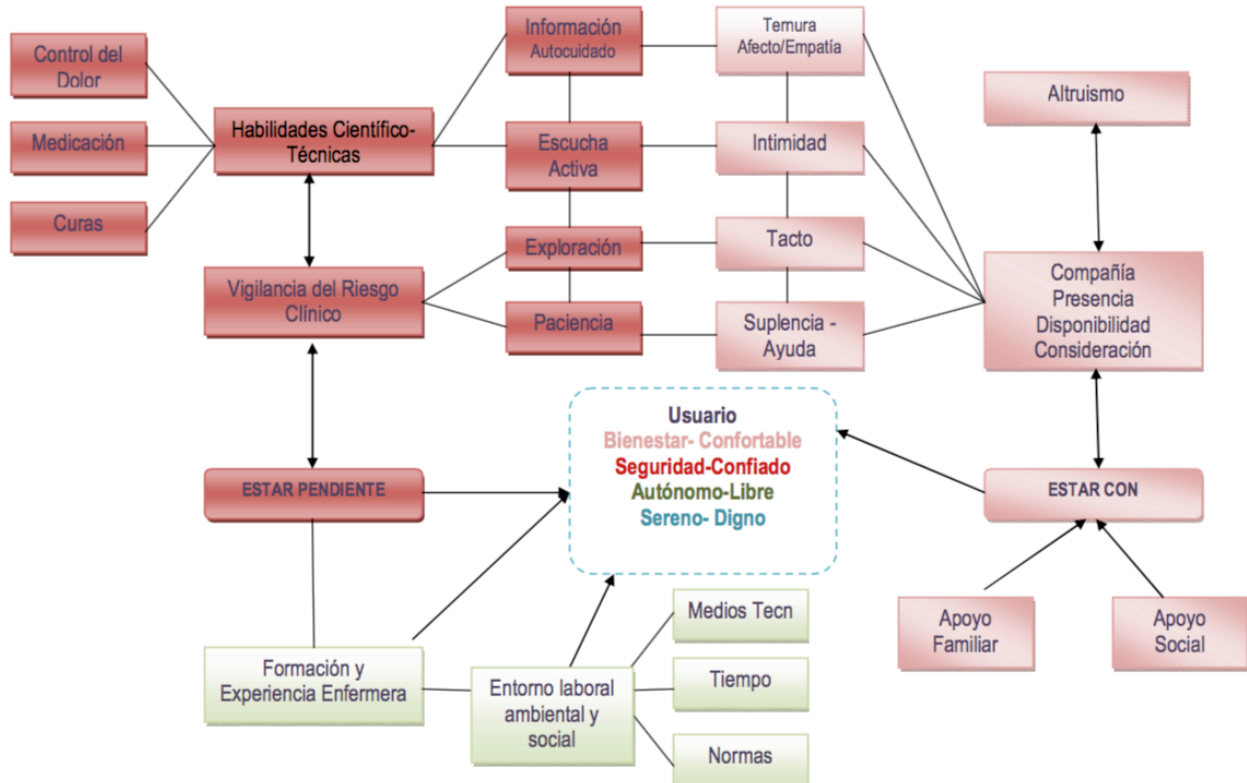
40. Molina Chailán, Pía Mabel; Del Transito Jara, Concha Patricia. *El saber práctico en enfermería*. 2010; 26(2): 37-43.
41. Aintzane Orkaizagirre, Gómara; Manuel Amezcua, Isabel; Huércanos Esparza y Almudena Arroyo Rodríguez. *El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado*. Index Enferm. 2014; 23(4).
42. pensamiento crítico: falta poner Fernando Urcola Pardo, Isabel Blázquez Ornat, Ana Anguas Gracia, Ángel GaschGallen; Germán Bes, Concha. *Perceptions of nursing students after performing an individual activity MARK designed to develop their critical thinking: The critical card*. Nurse Education in Practice. 2018; 29: 35-40.
43. Isabel Blázquez Ornat, Fernando Urcola, Regina Ruíz de Viñaspre, Concha Germán Bes. *Experiencias sobre el aprendizaje clínico del alumnado de enfermería de la universidad de Zaragoza (España)*, Index Enferm (Gran) 2017; 26(1-2): 87-90

6. ANEXOS

ANEXO I:

A continuación se muestra el mapa conceptual propuesto por Hueso Navarro, Fabiola y Germán Bes, Concha referente a su teorización acerca del cuidado invisible ⁶.

MARCO CONCEPTUAL DE LOS CUIDADOS VISIBLES E INVISIBLES



Fuente. Hueso Navarro, Germán Bes Concha. Fabiola 2011

ANEXO II:

Etapas de la enfermera en la clínica según la clasificación de Benner en su evolución de principiante a experta ¹⁷.

Tabla No. 1. Clasificación de Benner: Conceptos principales y definiciones de las etapas de la enfermera en la clínica.

| Principiante | Principiante avanzada | Competente | Eficiente | Experta |
|---|--|--|--|--|
| La persona se enfrenta a una nueva situación. Este nivel Benner indica que podría aplicarse a una enfermera inexperta o la experta cuando se desempeña por primera vez en un área o en alguna situación no conocida previamente por ella. | En este nivel la enfermera después de haber adquirido experiencias se siente con mayor capacidad de plantear una situación clínica haciendo un estudio completo de ella y posteriormente demostrara sus capacidades y conocerá todo lo que esta exige. | Se es competente cuando la enfermera posee la capacidad de imitar lo que hacen los demás a partir de situaciones reales; la enfermera empieza a reconocer los patrones para así priorizar su atención, como también es competente cuando elabora una planificación estandarizada por si misma. | La enfermera percibe la situación de manera integral y reconoce sus principales aspectos ya que posee un dominio intuitivo sobre esta; se siente más segura de sus conocimientos y destrezas, y esta mas implicada con el paciente y su familia. | La enfermera Posee un completo dominio intuitivo que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado. |

Fuente: Brykczynski, 2005.

ANEXO III:

La escala CIBISA fue proporcionada a los alumnos para su cumplimentación en el siguiente formato:

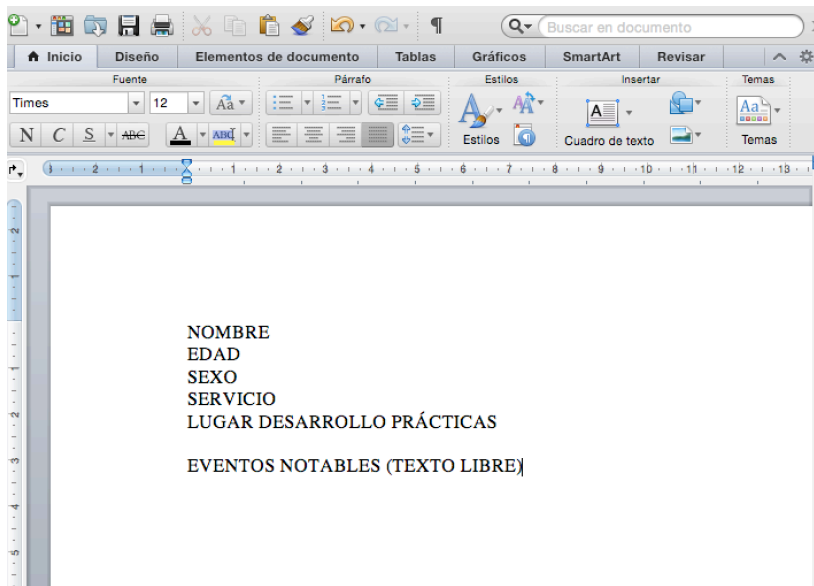
ESCALA CIBISA (versión 13 DE FEBRERO DE 2015)

A continuación se describen una serie de situaciones habituales en las prácticas clínicas. Por favor, responda la frecuencia con la que realizó cada una de las mismas en sus últimas prácticas clínicas, siendo la puntuación 1 correspondiente a casi nunca o nunca, y 4 a casi siempre o siempre.

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|-------------------|------------|----------------|-----------------------|
| | Casi nunca/ Nunca | Alguna vez | Con frecuencia | Casi siempre/ siempre |
| 1. Me presento al paciente y/o le explico lo que le voy a hacer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Pregunto al paciente como prefiere que lo llame | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Soy calmada/o | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. He proporcionado buen cuidado físico al paciente y vigilado el dolor | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. He procurado medidas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. He visitado al paciente sin esperar a que me llamase | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. He animado al paciente a que llame si tiene problemas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Cuando cuido, me concentro solo en un/a único paciente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ofrezco al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el aseo, paseo, entre otras | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Verifico con el paciente sus percepciones antes de iniciar cualquier intervención; por ejemplo si veo que esta ofuscado con el tratamiento lo hablo con el paciente antes de hablar al respecto con el médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Acepto que el paciente es el que mejor se conoce y lo incluyo siempre que es posible, en el plan de cuidados | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Permito al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y manejo la información confidencialmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. He infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. He tenido paciencia aún con los pacientes difíciles | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. He tomado al paciente de la mano y lo he animado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. He escuchado al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. He aplicado inyecciones, manipulado equipos de uso parenteral (sueros), aspiradores y otros equipos que haya en el servicio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. He administrado al paciente los tratamientos oportunamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Se identificar signos de alarma y cuando debo llamar al médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. He respondido rápidamente a la llamada del paciente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Tengo en cuenta las necesidades del paciente, planeo y actúo en consecuencia, por ejemplo, administro cuidados naturales o modifico dosis prescritas de un fármaco si se precisa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Preveo que las "primeras veces" son las más difíciles y pongo atención especial al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. He explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de su enfermedad. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. He enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. He sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. He involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. He informado al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Mi vestuario me identifica como enfermera/o estudiante en prácticas | 1 | 2 | 3 | 4 |

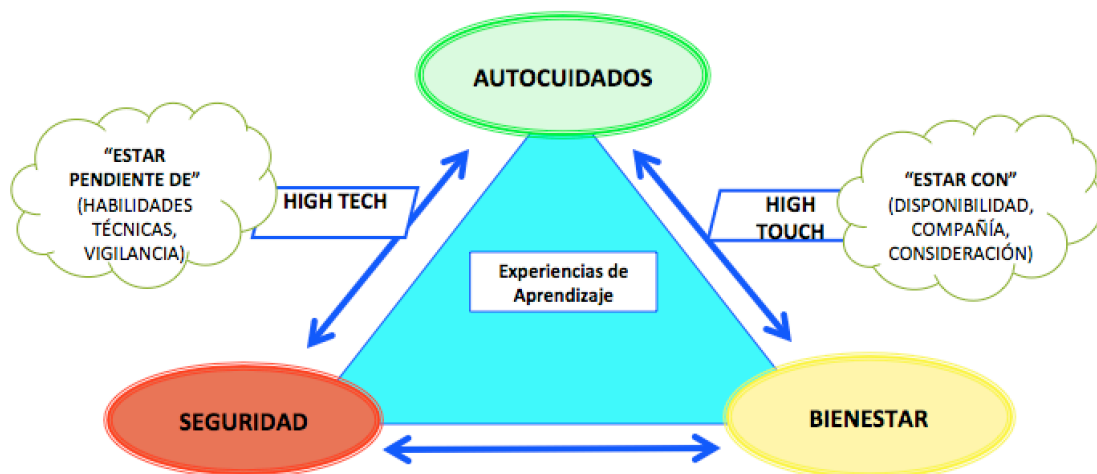
ANEXO IV:

Los alumnos cumplieron el documento creado para la recogida de datos, en el que tenían que aportar su nombre, edad, sexo, servicio y lugar de desarrollo de sus prácticas. Seguidamente anotarían los eventos notables experimentados en texto libre.



ANEXO V:

A continuación se expone el marco conceptual en el que nos hemos basado para analizar los discursos del alumnado, que se ha adaptado del marco de A.MAS ⁶.



ANEXO VI:

La escala CIBISA, creada por el grupo de investigación Aurora MAS de la Universidad de Zaragoza, es un cuestionario de fácil y rápida cumplimentación, que mide el aprendizaje de los cuidados como una única dimensión, la cual ha demostrado tener una alta consistencia interna y una buena correlación entre sus elementos. Asimismo, ha sido considerada por los expertos como una herramienta válida para la evaluación por parte del profesor del aprendizaje adquirido durante las prácticas así como para la autoevaluación de dichas prácticas por los propios alumnos.

Disponer de un instrumento para evaluar el aprendizaje de los cuidados a partir de la experiencia clínica permite, tanto a alumnado como al profesorado, objetivar los progresos del aprendizaje en cuidados más allá de la pericia técnica. Utilizar este instrumento puede permitir al estudiante la comparación del aprendizaje en los diferentes servicios en los que realiza prácticas, pudiendo servir además como herramienta de orientación en la toma de decisiones sobre su futura carrera profesional. Por su parte, el personal docente de prácticas puede encontrar en esta escala una herramienta que le ayude a orientar la estancia de los estudiantes hacia aspectos considerados importantes según el tipo de servicio. Por otro lado, puede permitir la comparación entre estudiantes de diversos centros o cursos académicos, pudiendo resultar de utilidad en la detección de necesidades de aprendizaje, y de esta manera coordinar los diferentes turnos rotatorios de prácticas clínicas ³⁸.

La escala consta de 28 ítems que son los siguientes:

Tabla 3. Ítems recogidos en la versión final de la escala

| | |
|-----|---|
| 1. | Me presento al paciente y/o le explico lo que le voy a hacer |
| 2. | Pregunto al paciente como prefiere que lo llame |
| 3. | Soy calmada/o |
| 4. | He proporcionado buen cuidado físico al paciente y vigilado el dolor |
| 5. | He procurado medidas básicas de confort, tales como posición, iluminación adecuada, control de ruido o ropa adecuada entre otras |
| 6. | He visitado al paciente sin esperar a que me llamase |
| 7. | He animado al paciente a que llame si tiene problemas |
| 8. | Cuando cuido, me concentro solo en un/a único paciente |
| 9. | Ofrezco al paciente alternativas razonables, tales como elección del tiempo para las citas, tiempo para el aseo, paseo, entre otras |
| 10. | Verifico con el paciente sus percepciones antes de iniciar cualquier intervención; por ejemplo si veo que esta ofuscado con el tratamiento lo hablo con el paciente antes de hablar al respecto con el médico |
| 11. | Acepto que el paciente es el que mejor se conoce y lo incluyo siempre que es posible, en el plan de cuidados |
| 12. | Permito al paciente expresar sus temores acerca de su enfermedad y tratamiento, y manejo la información confidencialmente |
| 13. | He infundido ánimos al paciente identificando elementos positivos relacionados con el estado y el tratamiento del paciente |
| 14. | He tenido paciencia aún con los pacientes difíciles |
| 15. | He tomado al paciente de la mano y lo he animado |
| 16. | He escuchado al paciente |
| 17. | He aplicado inyecciones, manipulado equipos de uso parenteral (sueros), aspiradores y otros equipos que haya en el servicio |
| 18. | He administrado al paciente los tratamientos oportunamente |
| 19. | Sé identificar signos de alarma y cuando debo llamar al médico |
| 20. | He respondido rápidamente a la llamada del paciente |
| 21. | Tengo en cuenta las necesidades del paciente, planeo y actúo en consecuencia, por ejemplo, administro cuidados naturales o modifico dosis prescritas de un fármaco si se precisa |
| 22. | Preveo que las "primeras veces" son las más difíciles y pongo atención especial al paciente |
| 23. | He explicado al paciente, en lenguaje comprensible, lo que es importante que conozca acerca de los cuidados de su enfermedad |
| 24. | He enseñado al paciente a cuidar de sí mismo en lo posible |
| 25. | He sugerido al paciente las preguntas que puede formularle a su médico |
| 26. | He involucrado a la familia del paciente o a otros allegados en su cuidado |
| 27. | He informado al paciente sobre los sistemas de ayuda disponibles, tales como los grupos de auto-ayuda o los pacientes con enfermedades similares |
| 28. | Mi vestuario me identifica como enfermera/o estudiante en prácticas |

Según la clave de calificación de las respuestas, al extremo positivo (4º nivel :casi siempre /siempre), se le otorgan 4 puntos, y al extremo negativo (1º nivel: casi nunca/nunca), se le otorga 1 punto, así la máxima puntuación posible obtenida en la escala, sería de 112 puntos, mientras que la mínima posible a obtener sería de 28 puntos, indicando los puntajes altos gran frecuencia de aprendizaje y realización de cuidados invisibles en las prácticas clínicas, mientras que opuestamente, los puntajes bajos indicarían escaso aprendizaje de CI y su tenida en cuenta.