



Experiencias sobre el aprendizaje clínico

DEL ALUMNADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA (ESPAÑA)

Isabel BLÁZQUEZ ORNAT,¹ Fernando URCOLA,¹ Regina RUÍZ DE VIÑASPRE,² Concha GERMÁN-BES¹

Resumen Abstract

Objetivo principal: Conocer qué experiencias de aprendizaje han sido significativas para los alumnos y si dichas experiencias recogen todas las dimensiones del cuidado enfermero, con el propósito de evaluar la validez de prácticas clínicas para la formación enfermera. Identificar áreas de mejora. **Metodología:** Técnicas de consenso con dos grupos de estudiantes del tercer curso del grado de Enfermería. **Resultados principales:** Se obtuvieron 45 respuestas que han recogido experiencias relacionadas con los cuidados de bienestar, seguridad clínica y autocuidado, y otras con las dudas, temores, críticas, imagen y empatía del alumnado. **Conclusión principal:** Las prácticas clínicas realizadas por el alumnado son válidas para la adquisición de las capacidades que les habilitarán para un ejercicio altamente cualificado de la profesión enfermera, ya que les proporcionan experiencias educativas que permiten la adquisición de un conocimiento significativo del cuidado enfermero.

Palabras clave: Técnicas de consenso. Aprendizaje. Prácticas clínicas. Triángulo de los cuidados

CLINICAL LEARNING EXPERIENCES OF STUDENTS OF NURSING AT THE UNIVERSITY OF ZARAGOZA (SPAIN)

Objective: Know what learning experiences are meaningful to students and whether these experiences include all the dimensions of nursing care, in order to assess the validity of clinical practice for nurse training. Identify areas for improvement. **Methods:** Consensus techniques with two groups of third year students of the degree. **Results:** We obtained 45 responses (experiences) related to wellness care, clinical safety and self-care and others with doubts, fears, reviews, image and empathy of students. **Conclusions:** The clinical practices carried out by our students apply to the acquisition of skills for highly qualified nursing profession as they provide learning experiences that allow the acquisition of significant knowledge of nursing care.

Keywords: Consensus techniques. Learning. Clinical practices. Care triangle.

¹Departamento de Enfermería y Fisiatría. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España.

²Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de La Rioja. Logroño, España

CORRESPONDENCIA: Isabel Blázquez Ornat
iblazque@unizar.es

Manuscrito recibido el 8.06.2015
Manuscrito aceptado el 5.11.2015

Index Enferm (Gran) 2017; 26(1-2):87-90

Introducción

Los cambios culturales son lentos y dependen de muchos factores. La Enfermería española tuvo una época que se caracterizó por su perfil eminentemente técnico en la figura del ATS.¹ A partir de 1984 (Ley de Reforma Universitaria), con el plan del Diplomado Universitario en Enfermería hubo una progresiva incorporación de profesorado enfermero en la impartición de la docencia teórica y práctica, que se fue acrecentando con los programas de Máster (2002-3), Grado (2008) y Doctorado (2009) del plan de Bolonia (EEES).

En este nuevo contexto de formación para el alumnado de Enfermería, utilizamos el marco teórico que hemos desarrollado para la docencia y aprendizaje del cuidado al paciente de acuerdo a las tres dimensiones siguientes: Seguridad Clínica, Autocuidado y Bienestar en el contexto de entornos ambientales y holísticos. A través de diarios reflexivos y otro tipo de herramientas de evaluación menos convencionales, se ha observado que el aprendizaje de este marco conceptual ayuda al alumnado a: 1) Detectar situaciones de pánico, miedo o temor sobre las que actuar tempranamente mediante competencias de escucha, tacto, información y apoyo emocional; 2) Discriminar situaciones de descompensación clínica o aparición de nuevos síntomas de manera precoz; 3) Favorecer rápidamente el logro de la confianza entre enfermos, familiares y profesionales; 4) Humanizar los cuidados integrando los componentes éticos de las relaciones entre personas, además de la deontología profesional. La mejora progresiva de los planes de estudios universitarios se ha acompañado de un aumento de las herramientas de evaluación. A partir del estudio *Tuning*^{2,3} y la entrada de la enfermería española en el Espacio Europeo de Educación Superior, se han publicado numerosas guías e informes de evaluación y modelos como los del *Joint Comité for Educational Evaluation*.⁴ Los modelos actuales de guía docente que se utilizan en las asignaturas de las titulaciones deben incluir una evaluación de las competencias adquiridas por el estudiantado y deben ser coherentes con los resultados de aprendizaje que debe demostrar para su supera-

ción.⁵

El aprendizaje de la práctica clínica en la titulación de Enfermería no ha permanecido ajeno a estas mejoras, aumentándose también los instrumentos para su evaluación, como han sido los diarios reflexivos.⁶ Sin embargo, consideramos que las competencias relacionadas con las acciones de enfermería que proporcionan bienestar y autonomía, no están lo suficientemente representadas en las herramientas revisadas.

Uno de los términos con el que trabajamos en nuestro enfoque del cuidado es el "cuidado invisible". Este término está relacionado con las acciones que se realizan con la persona sana o enferma y sus familiares que favorecen el bienestar, como son la escucha activa, la compañía vigilante, la observación de signos, de síntomas del temor y el miedo (mediante la comunicación no verbal) y el brindar confianza. En resumen, estar con la persona y pendiente de ella. Estas competencias son fundamentales en todos los ámbitos de la Enfermería, desde los cuidados en la atención primaria⁷ a los de la hospitalaria, dado que tranquilizan a la persona con dolencias y enfermedades, clarifican el cuadro clínico, son requisito del diagnóstico enfermero y sirven de ayuda al diagnóstico médico.⁸

En la titulación de Enfermería de la Universidad de Zaragoza contamos con un sistema modular por el cual la mitad de los estudiantes está alternativamente recibiendo formación teórica en el aula y práctica en sus estancias clínicas. Los periodos de prácticas se realizan durante los cursos segundo, tercero y cuarto, en las asignaturas de *Estancias Clínicas I – II* y *Practicum*, que constituyen un total de 90 ECTS.⁹ Cada semestre de los cursos segundo y

tercero, la mitad del alumnado realiza un periodo de 7-8 semanas en prácticas clínicas y otro tanto de asistencia a clases teóricas. En el curso cuarto, siguen realizando dos periodos, dejando el segundo semestre para el trabajo de fin de grado (TFG). La rotación se realiza por centros de salud, unidades médicas, quirúrgicas, unidades de cuidados intensivos (UCI), urgencias, servicios de materno-infantil y especializados como los de geriatría y psiquiatría. Los estudiantes cuentan con el profesorado Asociado Clínico que guía su aprendizaje y la colaboración de todo el equipo de enfermería de los servicios. La organización de este complejo y dinámico sistema de rotación lo coordina una enfermera, profesora de la facultad.

El aprendizaje práctico queda grabado en la memoria porque implica utilizar todos los conocimientos adquiridos e incorpora las emociones especialmente importantes en el aprendizaje del cuidado enfermero. El cuidado se proporciona mediante técnicas clínicas derivadas de los tratamientos médicos y mediante técnicas de cuidados enfermeros que abordan todas las dimensiones de la persona, desde la emoción de recibir a un nuevo ser hasta despedir a otro, hay una gama inmensa de situaciones que involucran todas las emociones, positivas y negativas.

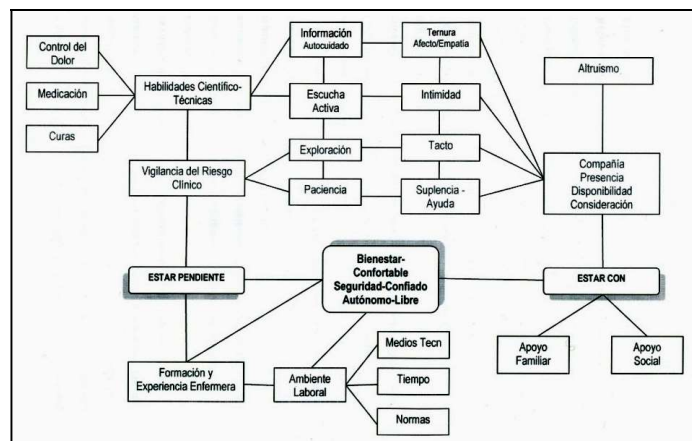
Nos hemos planteado como objetivo conocer qué experiencias de aprendizaje han sido significativas para el alumnado del tercer curso de Enfermería y si dichas experiencias recogen todas las dimensiones del cuidado enfermero con el propósito de evaluar la validez de dichas prácticas para la formación enfermera e identificar áreas de mejora.

Metodología

Se ha realizado un estudio cualitativo basado en técnicas de consenso. Tras la rotación durante el primer cuatrimestre del tercer curso del grado de Enfermería por los distintos servicios de prácticas, y dentro de los seminarios de la asignatura de Enfermería Comunitaria II, hemos realizado dos grupos con aquellos alumnos que participaban en la resolución de un caso específico sobre el modelo de autocuidado cotidiano. Hasta este momento el alumnado ha

Figura 1. Marco conceptual de los cuidados visibles e invisibles.

Fuente: Hueso, 2014.



realizado tres rotaciones clínicas que suponen 975 horas de un total de 2.150 que comprenden las prácticas asistenciales del grado universitario.

Se contó con un total de 50 alumnos repartidos en dos pos, el primero de 24 alumnos y el segundo de 26. Cada grupo fue moderado por dos ras que explicaron el objetivo y desarrollo de la técnica y gieron las experiencias aportadas por el alumnado. En el desarrollo de la técnica se siguió la siguiente secuencia: 1) Se partió de la pregunta: ¿cuáles son las experiencias de aprendizaje del cuidado –tanto positivas como negativas- durante las prácticas clínicas que mejor recuerdan? 2) Posteriormente se trabajó en parejas y se les pidió que expusiesen sus experiencias y las resumiesen entre ambas personas en una frase que después se escribió de forma literal en una pizarra hasta finalizar con todas las experiencias recordadas. 3) A continuación se procedió a la aclaración de cada frase y se unificaron eliminando las repetidas. La fase de ordenar por prioridad las respuestas a la pregunta inicial cuando se busca el consenso, o bien ordenar las respuestas más importantes, no se realizó porque no estaba en nuestros objetivos establecer categorías en el aprendizaje clínico, sino descubrir experiencias e inquietudes. El resultado final de los ítems recogidos fue aprobado por el grupo. 4) Las dos profesoras unificaron posteriormente los ítems resultantes de cada grupo y los ordenaron en torno a las dimensiones de *Bienestar, Seguridad Clínica, Autocuidado y Demandas e inquietudes*.

Para el análisis de los resultados obtenidos se utilizó como marco de análisis, el marco conceptual de los cuidados visibles e invisibles (Figura 1). Como variable de resultado, en el centro se sitúa el *Bienestar, Seguridad y Autonomía* de las personas cuidadas. En el lado izquierdo mirando a la figura, se

Tabla 1. Experiencias del alumnado relacionadas con el bienestar, autocuidado y seguridad del paciente y familia

En relación con el paciente
<p><i>Estar con:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de empatía. Gestos –empatía- ante el paciente y familia ante noticias de mal pronóstico. 2. Saludar de forma personalizada al principio del turno. 3. Tratar al paciente como persona, ser eficaz con el trato. 4. Procurar intimidad a los pacientes. 5. Contacto físico mejor que comunicación verbal. 6. Hacer las cosas con cariño, tacto y mimo. <p><i>Estar pendiente de:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Implicación y dedicación al cuidado. 8. No prejuzgar a las personas por su actitud, por ejemplo, las calladas. 9. Observar, no quedarse con la primera impresión, particularmente en los pacientes psiquiátricos. 10. Importancia de hablar con el paciente. 11. Relación de confianza enfermera-paciente. 12. No saber qué decir al paciente terminal. 13. Estar más pendientes de los pacientes más solos. 14. Trabajar con factores sociales negativos. 15. Intervenir teniendo en cuenta el entorno (condiciones ambientales de temperatura y ruido, acompañantes) 16. Facilitar herramientas de Autocuidado. 17. Combinar las técnicas duras y blandas (High-tech y high-touch). 18. Diferenciar las fases de la aceptación de la enfermedad. 19. Mantener la orientación cronológica del paciente en UCI. 20. Eficacia y eficiencia ante el dolor agudo y urgente. 21. No rendirse en una Resucitación Cardio-pulmonar (RCP).
En relación con la familia
<p><i>Estar con:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La importancia del apoyo y esperanza de las familias. 2. El apoyo a la familia ante una situación crítica –riesgo vital-. 3. El agradecimiento de las familias por el buen trato y trabajo dado a un paciente, independientemente del pronóstico y desenlace. <p><i>Estar pendiente de:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Tranquilizando al paciente, informando y resolviendo dudas. 5. Informando/derecho a saber, ser interlocutores. 6. No explicando cuidados al paciente cuando se le da el alta. Hacerlo antes o después. 7. La paciencia desde los dos lados del profesional/familia. 8. Respetando el dolor de las personas.

Tabla 2. Aspectos positivos y negativos de la práctica clínica

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganas de saber, de estar actualizado. <p><i>Imagen</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Valorar la enfermera que cuida vs técnica. 3. La imagen profesional que proyectamos repercute en la percepción de los pacientes y las familias. 4. El profesional debe mostrar buena educación. 5. Tranquilidad al "saber hacer"- seguridad. <p><i>Críticas</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Observar fallos de asepsia para no reproducirlos. 7. Choque generacional entre profesorado (asociados clínicos), las resistencias y la identidad profesional. 8. No ocultar errores y prácticas mejorables. 9. Falta de concentración en los quirófanos. 10. La falta de confidencialidad. 11. La indignidad en el trato a un paciente en urgencias. <p><i>Inseguridad</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Temor ante la primera vez que extraigo sangre. 13. Temor y cuidado ante las enfermedades transmisibles (SIDA y otras). 14. Presión al sentirse observado. <p><i>Empatía</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 15. La difícil aceptación de la dependencia, por ejemplo, la frustración de no poder hablar. 16. Temor a verse en situación de paciente neurológico.
--

encuentran las dimensiones de “*estar pendiente*” que engloban los aspectos relacionados con la vigilancia del riesgo clínico y las habilidades científico-técnicas; y en el lado derecho las correspondientes al “*estar con*” que comprenden los cuidados altruistas (la compañía, la presencia, la disponibilidad y la consideración). Entre ambas dimensiones se encuentran las acciones cuidadoras de información, autocuidado, escucha activa, exploración, tacto, paciencia, ternura, afecto/empatía, intimidad y suplencia-ayuda. Ambas dimensiones “*estar con*” y “*pendiente de*” configuran a su vez el *triángulo de los cuidados del Bienestar, Seguridad y Autocuidado*, que es el resultado del cuidado completo si añadimos las variables ambientales. En la parte inferior están los componentes del contexto que engloban la formación, el ambiente laboral y el soporte socio-familiar.⁷

Resultados

El primer grupo de estudiantes reportó 24 experiencias de aprendizaje de cuidados (ítems), y el segundo grupo 26. Tras clarificar y eliminar las repeticiones de ambos grupos, el resultado total fue de 45 (tablas 1 y 2). La tabla 1 comprende un total de 29 ítems que hemos analizado de acuerdo a la variable de resultado *Bienestar, Seguridad y Autocuidado* tanto para el paciente como para la familia. En los resultados se observa que el mayor número de ítems, 20, pertenecen a la dimensión “*estar pendiente de*” quedando 9 para la correspondiente a “*estar con*”.

En la tabla 2 se han recogido 16 ítems que comprenden aspectos positivos y negativos de la práctica clínica, así como errores y temores derivados de la misma, que hemos sintetizado en las siguientes etiquetas: 1) “Saber y estar actualizado”, en el ítem 1, con el que el alumnado muestra su interés de manera general por

la formación continuada; 2) "Imagen", ítems del 2 al 5, nos dan información sobre lo que el alumnado considera deseable en el perfil profesional de la enfermera, ya que es o debe ser "tan cuidadora como técnica", "debe mostrar buena educación", "no tar errores" y "debe proporcionar tranquilidad-seguridad"; 3) "Críticas", del 6 al 11, el estudiantado observa fallos en la cía sanitaria tanto de asepsia como de trato y muestra sensibilidad a los componentes éticos, para no reproducirlos; 4) "Inseguridad", ítems del 12 al 14, con los que el alumnado manifiesta las dudas y temores en el abordaje, por primera vez, de minadas situaciones o actividades; y 5) "Empatía", en los dos últimos, con los que señalan la relación emocional que sienten al empatizar con el sufrimiento o dependencia de la persona cuidada.

Discusión

La metodología del grupo de consenso ha permitido a cada estudiante reflexionar sobre su propio aprendizaje en el servicio clínico, establecer correcciones, integrar teoría y práctica, y afianzar su propio aprendizaje en relación con los iguales. Tras el análisis de los datos de acuerdo al marco teórico planteado, se observa una tendencia algo mayor a los cuidados técnicos que a los altruistas, lo que puede estar condicionado por el tipo de servicio de práctica clínica y porque todavía los alumnos están en la primera mitad de sus rotaciones clínicas. No obstante, han expresado bastantes ítems relacionados con los cuidados altruistas y en relación con la familia. Este hecho resulta relevante ya que para el alumnado el aprendizaje del cuidado enfermero no es tanto la correcta aplicación de una técnica (coger una vía o poner una sonda) sino la correcta aplicación de la técnica *para cuidar a cada persona* y que, por tanto, nunca puede ser un hecho aislado que no conlleve técnicas enfermeras de comunicación, empatía o consuelo. En sus experiencias recordaron emociones como alegría y tristeza al empatizar con los pacientes y familias, coincidiendo con el trabajo de González.¹⁰ Igualmente, consideramos significativo la inclusión del cuidado

a los familiares como una parte importante del plan de cuidados. Nuestros estudiantes coinciden con los de Granada en señalar el impacto que les produce la relación con los enfermos psiquiátricos, pero no tanto con los terminales y oncológicos, tal vez, porque no hayan rotado todavía por estos servicios.¹¹ Sin embargo sí manifestaron las dificultades que conlleva el cuidado del enfermo dependiente y en especial cuando no puede hablar.

El alumnado percibió discrepancias entre los conocimientos teóricos aprendidos y la práctica que en ocasiones observaron en los servicios. En este sentido, las observaciones críticas respecto a los profesionales clínicos pueden deberse al choque generacional, a la sobrecarga de trabajo en la plantilla enfermera (posiblemente acrecentada a consecuencia de la crisis), o a la presión gestora, tendente a priorizar técnicas derivadas de los actos médicos, en detrimento de las técnicas enfermeras y de los cuidados invisibles.

Conclusiones

A pesar de la influencia de los distintos servicios y la importancia otorgada a la adquisición de competencias técnicas, el alumnado valora el cuidado altruista como parte fundamental de su aprendizaje de la actividad enfermera. De esta manera, se puede considerar que las prácticas realizadas por el alumnado son válidas para la adquisición de las capacidades que les habilitarán para el ejercicio altamente cualificado de la profesión enfermera, proporcionando experiencias educativas que permiten la adquisición de un conocimiento significativo del cuidado enfermero.

Con el fin de mejorar no solo las estancias clínicas sino también el ejercicio profesional, se podría programar sistemáticamente esta actividad del grupo focal a partir de la primera rotación clínica del alumnado y repetirla en cursos sucesivos. De este modo, aquellos problemas recurrentes podrían transmitirse al profesorado responsable de las prácticas que a su vez propondría las mejoras oportunas. En definitiva, se establecería un sistema de retroalimentación bidireccional entre el profesorado

de prácticas y teoría en el que el alumnado sería el nexo de unión entre los diferentes ámbitos (teoría y práctica) y el centro de la actividad docente.

Bibliografía

1. Germán Bes, Concha. La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2013.
2. González, Julia; Wagenaar, Robert (coordinadores). Tuning Educational Structures in Europe. Universities Contribution to the Bologna Process. Groningen-Deusto: University of Deusto and Groningen, 2005.
3. Beneitone, Pablo; Esquetini, Cesar; Gonzalez, Julia; Marty Maletá, Maida; Siufi, Gabriela; Wagenaar, Robert (editores). Reflexiones y perspectivas de la Educación superior en América Latina. Informe final América Latina. Groningen-Deusto: University of Deusto and Groningen, 2007.
4. Paricio Royo, Javier. Un modelo de guía docente desde los resultados de aprendizaje y su evaluación. Zaragoza: ICE, Universidad de Zaragoza, 2010.
5. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. Estándares para la evaluación de los aprendizajes: cómo valorar las evaluaciones de los aprendizajes de los estudiantes. Villa Sánchez, Aurelio; Cabra Torres, Fabiola; Sarasola Bonetti, Marcos (traductores). Bilbao: Mensajero, 2007.
6. Lora-López, Pilar. Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la investigación en Enfermería. Index de Enfermería 2008; 17 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/6648.php> [acceso: 19/05/2015].
7. Hueso Navarro, Fabiola. Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 2014.
8. Arreciado Maraño, Antonia; Cònsul i Giribet, Maria. Reflexión y evaluación de las prácticas clínicas del postgrado de enfermería quirúrgica a través de la carpeta de aprendizaje. Revista de Docencia Universitaria, 2011; 9 (3): 181-197.
9. Universidad de Zaragoza. Plan de Estudios de Grado de Enfermería. Curso académico 2015-2016. Zaragoza. Disponible en: http://titulaciones.unizar.es/enfermeria/cuadro_asignaturas.html [acceso: 19/05/2015].
10. Orts Cortés, M^a Isabel; Maciá Soler, M^a Loreto (coordinadoras). Guía de prácticas clínicas: Curso 2012-2013. Castellón: Universidad de Jaume I, 2014.
11. Cruz Quintana, Francisco; Roa Venegas, José María; Villaverde Gutiérrez, Carmen; Benbunan Bentata, Bibinha. Impacto emocional de las experiencias clínicas en estudiantes de enfermería. Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención. Granada: S.N., 2003.



FINDEX
UNIVERSIDAD CORP.

*Ciclos de Educación Superior
para un desarrollo profesional excelente*

<http://www.index-f.com/einnova/innova.php>