



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

Intervención para la potenciación del buen trato al paciente, la familia y el personal sanitario por parte de los alumnos de enfermería

Alumna: Paula Pérez Herrero

Tutora: Verónica Velasco González

RESUMEN

En la actualidad la formación en habilidades sociales que reciben los alumnos de enfermería puede resultar insuficiente. Al incorporarse a las prácticas clínicas, la interacción con el paciente y otros miembros del equipo puede ser uno de los retos que deba afrontar, una adecuada formación en habilidades sociales y comunicativas podría facilitar dicha incorporación. Este estudio trata de evaluar sus habilidades sociales y dar respuesta a la pregunta: ¿es posible potenciar el buen trato al paciente, la familia y el resto del personal del equipo sanitario por parte de los estudiantes de enfermería durante su formación teórica?

Se diseñó un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Tras la realización de una intervención educativa con los alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería de la Universidad de Valladolid, se les aplicó en tres ocasiones el cuestionario autoadministrado Escala Multidimensional de Expresión Social – parte Cognitiva (EMES-C) sobre habilidades sociales. Se analizaron seis de las doce categorías en las que se pueden agrupar las 44 variables del test que se seleccionaron por su relación con el tema a tratar. Igualmente, se realizó una encuesta de satisfacción.

Se obtuvo una participación inicial del 77% (n=89) y el tamaño final de la muestra fue n=75. En la mayoría de las categorías se observó una disminución en las mediciones realizadas al finalizar la intervención y un mes después. Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en cuatro de las categorías seleccionadas en la comparación del cuestionario basal y la medición realizada inmediatamente después de la intervención y en una categoría en la comparación del cuestionario basal con la medición realizada tras un mes.

Palabras clave: Habilidades Sociales, Comunicación, estudiantes de Enfermería.

ÍNDICE GENERAL:

Índice de tablas.....	Pág. IV
Índice de figuras.....	Pág. IV
Glosario de abreviaturas.....	Pág. IV
Introducción.....	Pág. 5
Justificación.....	Pág. 7
Objetivos: principal y secundarios.....	Pág. 8
Metodología	
Diseño.....	Pág. 9
Muestra.....	Pág. 9
Variables.....	Pág. 9
Procedimiento.....	Pág. 10
Análisis estadístico.....	Pág. 11
Consideraciones ético-legales.....	Pág. 11
Resultados.....	Pág. 12
Encuesta de satisfacción.....	Pág. 15
Discusión.....	Pág. 18
Limitaciones.....	Pág. 18
Fortalezas.....	Pág. 19
Implicación en la práctica clínica.....	Pág. 19
Conclusiones.....	Pág. 20
Bibliografía.....	Pág. 21
Anexos	
Anexo I: Cuestionario entregado a los sujetos.....	Pág. 23
Anexo II: Encuesta de satisfacción.....	Pág. 27
Anexo III: Contenido teórico de la intervención.....	Pág. 30
Anexo IV: Situaciones planteadas para su representación.....	Pág. 35
Anexo V: Aprobación del Comité de Ética.....	Pág. 37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la media de resultados de cada medición por categorías..	Pág. 13
Tabla 2: Valores de significación estadística para las comparaciones de medias entre distintas mediciones y por categorías.....	Pág. 14
Tabla 3: Individuos que muestran una disminución entre el cuestionario basal y el primer postest.....	Pág. 14
Tabla 4: Resultados de la encuesta de satisfacción.....	Pág. 16

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo del reclutamiento y seguimiento de pacientes.....	Pág. 12
---	---------

GLOSARIO ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

EMES-C: Escala Multidimensional de Expresión Social - parte Cognitiva

HS: Habilidades Sociales

DE: Desviación Estándar

FTP: Formación Teórica Previa

P: Paciente

F: Familia

INTRODUCCIÓN

Para analizar la importancia de la atención al paciente ya no solo como una técnica si no como un conjunto de cuidados que incluyen ciertas habilidades sociales, es necesario remontarse al origen de la enfermería.

“La enfermería existe desde siempre, aunque no resulta tan sencillo demostrar estos extremos documentalmente”. Es cierto que un origen la asistencia sanitaria comprende una serie de técnicas sencillas que se acompañan del “consuelo” al paciente. Dicha asistencia proviene de una serie de tradiciones relacionadas con la magia, la religión y el instinto de la mujer en el ámbito doméstico por lo tanto no se puede equiparar a la actual, pero es necesario recalcar su importancia. Comenzó a darse como una tarea diferenciada en los monasterios y acabó saliendo a la calle gracias a los laicos de las Órdenes Mendicantes. En este momento el cuidado es un reclamo social y la enfermería cobra importancia. Comienza a desarrollarse un “legado escrito” de la enfermería dentro de las Reglas Monásticas. En ellas se habla de la relación con el enfermo, del carácter que debe tener el cuidador y de la importancia de la atención y servicio al paciente¹.

Hasta el siglo XVIII la enfermería tenía un papel social más destacado que la medicina, el médico sólo visitaba al enfermo en ocasiones puntuales y es el enfermero la figura relevante en los hospitales, pero en este siglo se dan los grandes avances médicos y la asistencia se medicaliza, pasando a ser la enfermera una mera ayudante del médico que únicamente ejecuta sus órdenes. Comienza aquí el intento por profesionalizar la enfermería para así recuperar su papel social y asistencial¹.

Es en los siglos XIX y XX cuando la enfermería logra su objetivo gracias a tres hechos: el primero es que la sociedad comienza a reclamar que la asistencia no solo prolongue su vida si no que la calidad de la misma sea mayor por lo que los cuidados comienzan a ser imprescindibles; el segundo hecho importante es la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de salud como “máximo estado de bienestar..... y no sólo la ausencia de enfermedad.”; por último la existencia de Florence Nightingale. Esta mujer trató de hacer la enfermería un oficio relevante, usó la estadística para demostrar sus afirmaciones y dio importancia a todos los aspectos no médicos de la asistencia definiendo la enfermería como: “Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe.” ya que ser enfermera “...no sólo significa la administración de medicinas y cataplasmas...”¹. En su libro *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*,

analiza los aspectos que ella consideró relevantes durante su práctica enfermera y establece indirectamente las necesidades básicas y los principios del cuidado que usamos hoy durante nuestra práctica. Así, se puede encontrar en varios capítulos de este libro una reflexión que ayuda a establecer las habilidades sociales de la enfermera como un pilar imprescindible de esta profesión².

En los últimos años el gran desarrollo científico de la enfermería y la evolución de los sistemas sanitarios ha llevado a centrar el cuidado en un conjunto de técnicas y a olvidar que el paciente no es un mero cliente con una enfermedad si no una persona con sentimientos y necesidades no físicas. A pesar de que la valoración se basa en patrones funcionales o necesidades básicas que recalcan la importancia de la esfera psicosocial del paciente, las enfermeras a veces olvidamos que es parte de nuestro trabajo el conseguir el bienestar completo del mismo.

Dentro de los estudios de enfermería las habilidades sociales han pasado a un segundo plano siendo un mero apartado dentro de algunas asignaturas cuando podrían comprender gran parte del temario³. Es imprescindible conocer las técnicas y realizar un trabajo de base científica para así demostrar la importancia de nuestra profesión, pero la calidad de los cuidados dependerá en gran medida de dichas habilidades comunicativas⁴. Ha sido demostrado que una formación adecuada en habilidades sociales favorece la confianza de los estudiantes para comunicarse con los pacientes y el resto del personal⁵.

Conociendo la importancia de las habilidades sociales y comunicativas para la enfermería es importante elegir correctamente cómo afrontar su enseñanza. Es necesario establecer las habilidades comunicativas como un elemento inherente a la formación de los profesionales de enfermería, de esta forma se facilitará la integración de dichas habilidades en la posterior práctica clínica⁶⁻⁷. Por otro lado, el uso de técnicas como el *role-playing* o la formación práctica unida a la teoría facilitan también la incorporación de actitudes positivas en la práctica clínica⁸⁻⁹.

Estudios previos demuestran que la enseñanza de habilidades sociales es posible y fomentará una asistencia de calidad además de facilitar el trabajo ayudando a afrontar las situaciones estresantes a las que puede enfrentarse el profesional de enfermería¹⁰.

JUSTIFICACIÓN

La incorporación de los futuros enfermeros a la práctica clínica se produce en ocasiones de forma brusca y es frecuente que los alumnos se sientan poco capaces de afrontar el estrés que esto puede suponer. El trato con el paciente puede resultar uno de los aspectos más difíciles de las prácticas, encontrar el punto medio entre profesionalidad y cercanía con personas vulnerables no es fácil y la formación recibida para ello es escasa.

Integrar las habilidades sociales dentro del programa de estudios de enfermería facilitaría la comunicación de los estudiantes con los pacientes y familiares ya que solo sería necesario poner en práctica lo aprendido, al igual que en otros campos. Este hecho, contribuiría a incorporar las habilidades sociales como una parte más del cuidado con la misma importancia que la técnica por lo que formaríamos profesionales más competentes y capaces de tratar al paciente de forma holística⁶⁻⁷.

Además, por lo general, el primer contacto de los alumnos con el mundo laboral es durante dichas prácticas por lo que no han desarrollado aún las competencias necesarias para relacionarse adecuadamente con los superiores y otros miembros del equipo aunque sí se fomenten sus aptitudes para trabajar dentro de uno.

La buena relación entre los miembros del equipo sanitario repercute en la recuperación del paciente ⁴ y las habilidades sociales de los profesionales son uno de los principales condicionantes en esta relación. Una formación adecuada en este campo fomentaría una relación adecuada, ayudando al estudiante a que esta incorporación sea lo menos estresante posible.

Actualmente es necesario complementar los programas formativos con seminarios externos al temario, el desarrollo de una intervención con contenido teórico sobre habilidades sociales y comunicativas facilitaría la mejora necesaria de la formación además de facilitar el afrontamiento de las prácticas clínicas¹⁰. Si a mayores incorporamos una simulación, los estudiantes encontrarán más fácil la puesta en práctica de los consejos dados y así la efectividad de la intervención será mayor⁸⁻⁹.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es mejorar las habilidades comunicativas de los estudiantes mediante una intervención educativa que tratará de potenciar el buen trato al paciente y al equipo sanitario.

Los objetivos secundarios son:

- Valorar las habilidades sociales de los estudiantes antes de la intervención.
- Registrar su evolución tras la intervención.

METODOLOGÍA

Diseño: Se trata de un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Para las distintas mediciones se usó un cuestionario autoadministrado.

Muestra: Compuesta por los estudiantes de segundo curso del Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Valladolid. Se seleccionó a los alumnos matriculados en la asignatura de Metodología de la Investigación: grupo 1 con 57 alumnos y grupo 2 con 58.

Variables: Para evaluar las Habilidades Sociales (HS) de los sujetos se usó el cuestionario Escala Multidimensional de Expresión Social – parte Cognitiva (EMES-C)¹² (Anexo I). Dicho test consta de 44 variables que se clasifican en 12 categorías y deben ser puntuadas entre 0 y 4 refiriéndose el 0 a pensamientos nada habituales y el 4 a pensamientos muy frecuentes¹².

La puntuación óptima del cuestionario sería 0 en cada una de las variables, lo que indicaría que las HS del sujeto le aportan la confianza y seguridad necesaria para afrontar sin estrés las situaciones planteadas.

Las categorías, junto a las preguntas que incluyen, son las siguientes:

- I. **Temor a la expresión en público** y a enfrentarse a **superiores**: 1, 2, 3, 11, 15, 18, 20, 27, 29, 33, 40.
- II. **Temor a la desaprobación** de los **demás** al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones: 5, 6, 13, 28, 39.
- III. Hacer **peticiones**: 32, 33, 34, 43.
- IV. Hacer y recibir **cumplidos**: 8, 22, 25, 35.
- V. Preocupación por **la expresión de sentimientos positivos** y la iniciación de **interacciones** con el **sexo opuesto**: 19, 24, 26, 44.
- VI. Temor a la **evaluación negativa** por parte de los demás **al expresar conductas negativas**: 6, 14, 20, 37.
- VII. Temor a una **conducta negativa** por parte de los **demás** en la **expresión de conductas positivas**: 7, 26, 38, 41.
- VIII. **Preocupación** por la **reacción** de los demás en la **expresión de sentimientos**: 10, 21, 30, 36.

- IX. **Preocupación** por la **impresión causada** en los demás: 31, 38, 41, 42.
- X. **Temor a expresar** sentimientos **positivos**: 3, 17, 23, 44.
- XI. **Defensa** de los **derechos**: 12, 16.
- XII. **Asunción** de posibles **carencias propias**: 4, 9.

De las categorías definidas se seleccionaron para el análisis comparativo, de acuerdo a su relación con la interacción con compañeros, superiores y desconocidos, las siguientes:

- I. Temor a la expresión en público y a enfrentarse a superiores.
- II. Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones.
- III. Hacer peticiones.
- VI. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al expresar conductas negativas.
- IX. Preocupación por la impresión causada en los demás.
- XII. Asunción de posibles carencias propias.

Junto al cuestionario se solicitó a los sujetos que indicasen su sexo y fecha de nacimiento. A partir de esta última se calculó la variable “Edad” usando como referencia la fecha del cuestionario basal (17.10.2017).

Asimismo se pasó una encuesta de satisfacción que contribuyó a la evaluación del estudio. Se realizó con el programa Google Forms y consta de 13 preguntas tipo Likert (1-5) siendo 5 el grado máximo de satisfacción (Anexo II).

Procedimiento: Se ha desarrollado una intervención educativa. La captación de los sujetos se realizó el mismo día de la intervención. En un inicio se explicó en qué consistía la participación, se solicitó el consentimiento informado oral de los participantes y se pasó el cuestionario basal. La intervención consta de una exposición con una duración total de 30 minutos aproximadamente. Su contenido teórico⁷⁻¹¹ completo se ha incluido en el Anexo III. En la segunda parte de la intervención se dividió a la muestra en grupos de trabajo y se plantearon situaciones reales que debían analizar y representar posteriormente para la clase, las situaciones planteadas aparecen en el Anexo IV. Finalmente, se pasó el cuestionario postintervención.

Durante las semanas siguientes los alumnos realizaron por grupos un póster educativo en el que explicaban la importancia del respeto al paciente y del buen trato al mismo, tras la entrega se realizó la tercera medición.

Análisis estadístico: Se ha creado una base de datos usando el programa SPSS V.20. Las variables cuantitativas se presentan en forma de medias y Desviación Estándar (\pm DE). Las medias obtenidas por categoría para los tres momentos de medición se han comparado aplicando el test *t de student*, con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Respecto a la encuesta de satisfacción, se considerará la siguiente puntuación:

- 4-5: satisfecho o de acuerdo
- 3: neutro o indiferente
- 1-2: insatisfecho o en desacuerdo

Consideraciones ético-legales: Se realizó un consentimiento informado de forma oral y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería (Anexo V). Además, se garantizó el anonimato y confidencialidad de los resultados del cuestionario.

RESULTADOS

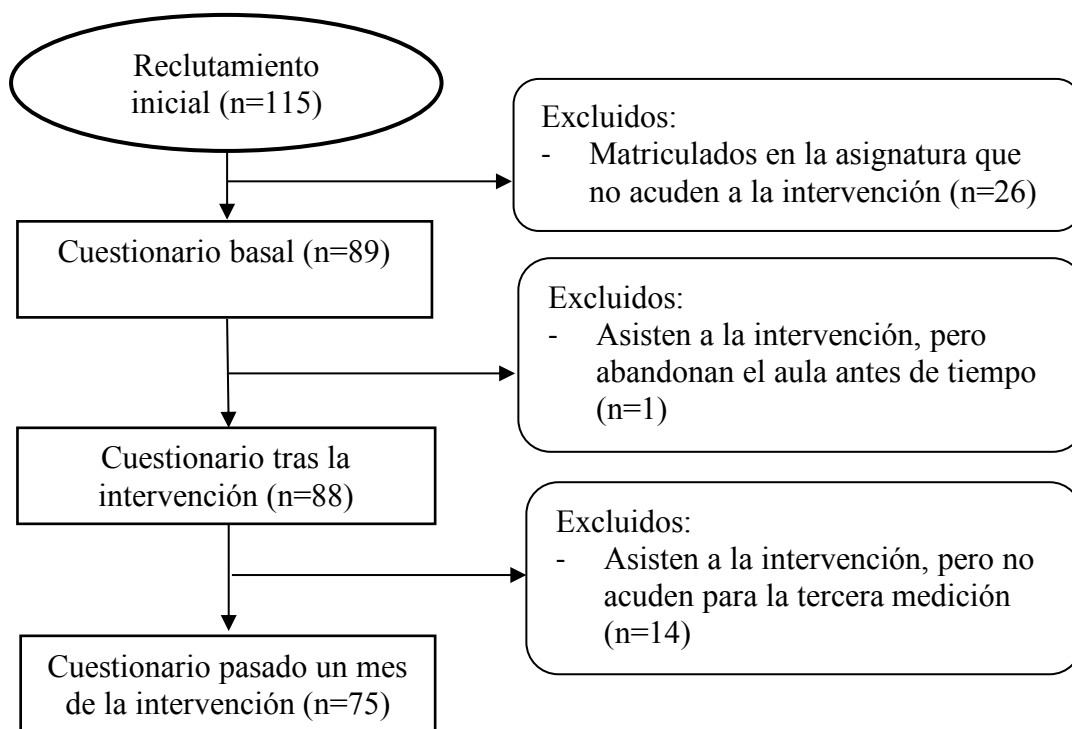


Figura 1. Diagrama de flujo del reclutamiento y seguimiento de pacientes.

De la muestra inicial (n=115), el día que se realizó la intervención asistieron a clase 89 alumnos (77%) que realizaron el cuestionario basal. Uno de los alumnos abandonó el aula antes de realizar el cuestionario postintervención por lo que la muestra quedó limitada a 88 alumnos. La tercera medición se realizó tras un mes, en ese momento hubo 14 ausencias más por lo que la muestra final fue n=75. Por tanto, se obtuvo una participación total del 65,22% (n=75). La Figura 1 nos muestra la evolución del tamaño de la muestra y los individuos que fueron excluidos para el análisis.

El rango de edad de la muestra final abarcó desde los 19 hasta los 47 años, siendo la media 21,49 ($\pm 6,35$). El 81,30% (n=61) estaba compuesto por mujeres, y un 17,30% (n=13) por hombres. Uno de los individuos no indicó su sexo, pero no fue excluido de la muestra al no alterar los resultados del cuestionario.

En la Tabla 1 se muestran las medias de cada categoría para cada uno de los momentos de la medición. Los resultados medios para todas las categorías en el cuestionario basal son bastante satisfactorios puesto que ninguna puntuación supera el 2,

siendo 0 la puntuación óptima. Aún así, se aprecia una mejora en once de las doce categorías ya que disminuyen las puntuaciones medias de las mismas. Por otra parte, la categoría que muestra un aumento de la puntuación (VIII. Preocupación por la reacción de los demás en la expresión de sentimientos) es una de las descartadas para analizar por su falta de relación con el estudio.

Tabla 1. Distribución de la media de los resultados de cada medición por categorías.

Categorías	Pretest	Postest 1	Postest 2
	media (\pm DE)	media (\pm DE)	media (\pm DE)
I	1,70 (\pm 0,65)	1,36 (\pm 0,70)	1,47 (\pm 0,68)
II	0,96 (\pm 0,59)	0,80 (\pm 0,59)	0,91 (\pm 0,62)
III	1,47 (\pm 0,58)	1,31 (\pm 0,70)	1,33 (\pm 0,67)
IV	1,49 (\pm 0,68)	1,32 (\pm 0,74)	1,31 (\pm 0,75)
V	1,22 (\pm 0,68)	1,01 (\pm 0,66)	0,98 (\pm 0,66)
VI	1,16 (\pm 0,69)	0,97 (\pm 0,55)	1,05 (\pm 0,65)
VII	1,30 (\pm 0,75)	1,21 (\pm 0,71)	1,13 (\pm 0,68)
VIII	0,81 (\pm 0,71)	0,82 (\pm 0,79)	0,88 (\pm 0,82)
IX	1,20 (\pm 0,74)	1,10 (\pm 0,76)	1,14 (\pm 0,77)
X	0,91 (\pm 0,67)	0,73 (\pm 0,63)	0,82 (\pm 0,61)
XI	1,53 (\pm 0,76)	1,39 (\pm 0,76)	1,30 (\pm 0,75)
XII	1,61 (\pm 0,75)	1,43 (\pm 0,80)	1,52 (\pm 0,83)

La Tabla 2 muestra los valores de significación estadística para cada categoría en cada una de las posibles comparaciones: primera y segunda medición, primera y tercera y por último, segunda y tercera. Se observa que en las categorías I, II, III y VI existen cambios entre el pretest y el primer postest ($p < 0,05$), habiendo en todas ellas una disminución de la media. En la comparación con el segundo postest únicamente sería significativa ($p < 0,001$) la disminución obtenida en la categoría I. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos postest.

Tabla 2. Valores de significación estadística para las comparaciones de medias entre distintas mediciones y por categorías.

	Pretest-Postest1	Pretest-Postest2	Postest2-Postest1
Categorías			
I	p < 0,0001	p = 0,0004	p = 0,0506
II	p = 0,0113	p = 0,5274	p = 0,0713
III	p = 0,0129	p = 0,0635	p = 0,8603
IV	p = 0,0031	p = 0,0330	p = 0,9316
V	p = 0,0003	p = 0,0033	p = 0,6292
VI	p = 0,0008	p = 0,1248	p = 0,1826
VII	p = 0,1180	p = 0,0122	p = 0,2353
VIII	p = 1,0000	p = 0,3975	p = 0,4037
IX	p = 0,2519	p = 0,3435	p = 0,5341
X	p = 0,0042	p = 0,1786	p = 0,1421
XI	p = 0,0012	p = 0,0150	p = 0,3130
XII	p = 0,3201	p = 0,3104	p = 0,3789

En la Tabla 3 se muestra el porcentaje de individuos que muestran una disminución de la segunda medición en relación con la primera, en las categorías I, II, III y VI y cuántos de ellos muestran una disminución mayor a 0,5 y 1 puntos.

Tabla 3. Individuos que muestran una disminución entre el cuestionario basal y el primer postest.

	Disminución	Disminución > 0,5	Disminución >1
	n (%)	n (%)	n (%)
I	54 (72%)	23 (42,59%)	7 (12,96%)
II	45 (60%)	12 (26,67%)	4 (8,89%)
III	40 (53,33%)	21 (52,50%)	8 (20%)
VI	42 (56%)	28 (66,67%)	3 (7,14%)

I. Temor a la expresión en público y a enfrentarse a superiores.

Se observa una disminución en el 72% de los individuos (n=54) de los cuales, obtuvieron una disminución mayor a 0,5 puntos un 42,59% (n=23). Esta categoría es la única que permite comparar los resultados de la primera y la tercera medición, existiendo una disminución en el mismo porcentaje de individuos que en la comparación entre el cuestionario basal y el segundo posttest aunque esta es, en el 98,15% de los casos (n=53) inferior a 0,5 puntos.

II. Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones.

Existe, en esta categoría, una disminución de la puntuación en el 60% de los individuos (n=45) y de ellos, un 26,67% (n=12) muestra una disminución de más de 0,5 puntos.

III. Hacer peticiones.

En esta categoría, el porcentaje de individuos cuyos resultados disminuyen es 53,33% (n=40). Se haya una disminución superior a 0,5 puntos en el 52,50% de los individuos (n=21). En esta categoría es la que muestra un mayor número de individuos con una disminución por encima de un punto (n=8, 20%).

VI. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al expresar conductas negativas.

Los resultados muestran, en esta categoría, una disminución en el 56% de los individuos (n=42), de los cuales más de la mitad (66,67%, n=28) muestran una disminución mayor a 0,5 puntos y sólo un 7,14% mayor a un punto (n=3).

Encuesta de satisfacción

La Tabla 4 muestra los resultados obtenidos tras la realización de la encuesta de satisfacción. Se muestra el porcentaje de individuos según su grado de acuerdo o desacuerdo para cada una de las preguntas realizadas. Hay una pregunta no reflejada en la tabla que se refiere a posibles comentarios o sugerencias, sólo se obtuvo una respuesta en la que el alumno sugiere que “Estaría bien hacer más actividades como esta antes de ir a prácticas”.

Tabla 4. Resultados de la encuesta de satisfacción.

Pregunta	Desacuerdo n (%)	Indiferente n (%)	De acuerdo n (%)
La intervención fue útil dentro de mi formación como profesional de la enfermería.	1 (2,38%)	8 (19,05%)	33 (78,57%)
La intervención me ayudó a ponerme en el lugar del otro, especialmente el <i>role-playing</i> .	4 (9,52%)	5 (11,90%)	33 (78,57%)
La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto al Paciente (P).	2 (4,76%)	6 (14,29%)	34 (80,95%)
La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto a la Familia (F).	2 (4,76%)	7 (16,66%)	33 (78,57%)
La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto a otros profesionales	3 (7,14%)	8 (19,05%)	31 (73,81%)
He recibido información sobre la importancia del buen trato al P y/o la F durante mi Formación Teórica Previa (FTP).	1 (2,38%)	6 (14,29%)	35 (83,33%)
He recibido información sobre la importancia del buen trato a los compañeros del equipo sanitario durante mi FTP.	3 (7,14%)	5 (11,90%)	34 (80,95%)
Me gustaría recibir más información sobre la forma correcta de relacionarme en mi actividad profesional durante mi formación para la misma.	2 (4,76%)	2 (4,76%)	38 (90,48%)
El tiempo invertido en la parte teórica de la intervención fue suficiente.	4 (9,52%)	10 (23,80%)	28 (66,68%)
El contenido de la parte teórica de la intervención me parece apropiado y suficiente.	2 (4,76%)	10 (23,80%)	30 (71,44%)
El cuestionario me resultó fácil de cumplimentar.	4 (9,52%)	11 (26,19%)	27 (64,29%)
Los ítems del cuestionario eran fácilmente comprensibles.	5 (11,90%)	11 (26,19%)	26 (61,91%)
La intervención me resultó interesante y atractiva.	2 (4,76%)	6 (14,29%)	34 (80,95%)

Respecto a la encuesta enviada tras la entrega de los trabajos, se obtuvo una participación del 56% (n=42). Un 78,57% (n=33) de los participantes están de acuerdo

en que la intervención ha sido útil para su formación y un 78,57% (n=33) considera que le ayudó a ponerse en el lugar del otro.

Aproximadamente una media del 77,78% de los individuos creen que la intervención los ayudó a mejorar su actitud respecto al paciente, la familia o el resto de personal del equipo sanitario.

Una media del 82,14% de los individuos refieren que recibieron una formación teórica previa adecuada respecto al buen trato al paciente, la familia y los compañeros de trabajo y a un 90,48% (n=38) le gustaría recibir más información sobre el tema antes de comenzar las prácticas.

Respecto al contenido teórico de la intervención y al tiempo dedicado a la misma, la mayoría de los participantes se muestran satisfechos (71,44% y 66,68% respectivamente). El cuestionario le resultó fácil de comprender y rellenar a una media del 63,10% de los individuos.

La valoración general de la intervención indica que un 80,9% de los individuos (n=34) se muestran satisfechos con la misma, considerándola interesante y atractiva.

DISCUSIÓN

A pesar de que los resultados obtenidos muestran que los sujetos tienen unas habilidades sociales bastante adecuadas, queda demostrado al igual que en estudios previos¹⁰, que una intervención teórico-práctica permite mejorarlas y ayuda a los alumnos a ponerse en el lugar del otro para mejorar su actitud en las prácticas clínicas.

La formación recibida en la Facultad de Enfermería de Valladolid respecto a comunicación y afrontamiento de situaciones complicadas es adecuada, a pesar de que hay estudios que indican que en la actualidad la enseñanza de las mismas ha pasado a un segundo plano³. A pesar de ello, los resultados de la encuesta de satisfacción nos muestran que los estudiantes querrían aumentar los conocimientos en este campo.

Este trabajo ha servido para dar respuesta a esa demanda y potenciar el uso de técnicas de formación prácticas que facilitan la asimilación de conocimientos, como ya quedaba demostrado en estudios previos⁸. En diversos estudios se evidencia la importancia de las habilidades sociales para conseguir una formación de calidad y el aprovechamiento máximo de las oportunidades que ofrecen a los alumnos las prácticas clínicas⁴⁻⁵, sería importante corroborar si una vez iniciadas las prácticas clínicas los alumnos perciben dicha relevancia.

Limitaciones:

- **La muestra:** habría sido interesante extender la investigación a otros cursos, al menos dentro de la misma Facultad, para así conocer también si las habilidades sociales o la formación de los estudiantes en este campo mejora con el paso de los años.
- **El tiempo:** sería relevante realizar una nueva medición previa al primer *Prácticum* de los estudiantes, y durante su desarrollo. Las evaluaciones de sus HS durante las prácticas facilitarían la localización del momento idóneo para la intervención. Además, una medición realizada tras los periodos de prácticas podría indicarnos si la intervención es realmente útil y si los alumnos pueden aplicar los conocimientos aprendidos; en este caso se podría haber aumentado la muestra integrando en la misma a los profesores asociados y enfermeros colaboradores.

- **Cuestionario:** el cuestionario elegido era bastante largo y algunas de las variables podían ser difíciles de responder.

Fortalezas:

La principal fortaleza del estudio ha sido la posibilidad de integrar la intervención como parte de la formación teórica de dos asignaturas del Grado. La inclusión de los conocimientos en la formación habitual facilita el acceso a los mismos por parte de los estudiantes y mejora las cifras de participación en el estudio al no ser necesario dedicarle horas extracurriculares. También reflejar la buena actitud de los sujetos y su disposición a formar parte del estudio, su disponibilidad y atención.

Implicaciones para la práctica clínica:

Como ya se expuso en la justificación, la buena relación entre los miembros del equipo sanitario es uno de los elementos que intervienen en la recuperación del paciente⁴. Formar a los futuros enfermeros en habilidades sociales contribuye a una mejora progresiva de dicha relación y facilita su incorporación a la práctica clínica. Asimismo, un buen trato a la familia y un uso adecuado de las habilidades sociales crean un ambiente óptimo para la recuperación del paciente y ayudan a disminuir la prevalencia de patologías relacionadas con un mal afrontamiento de las malas noticias.

La asistencia sanitaria es el campo donde la mayoría de enfermeros desempeñan su actividad laboral. Dentro de la misma, el contacto con otras personas es inevitable. El trabajo de una enfermera asistencial no es fácil, se lidia cada día con malas noticias, pacientes cansados de tener paciencia, personas viendo sufrir a quienes quieren y compañeros con los que puede ser difícil relacionarse si no sabemos cómo hacerlo. Todo ello, conlleva un estrés que puede desencadenar en patologías como el “cansancio del cuidador” o el síndrome de Burnout¹³⁻¹⁴. Una formación adecuada con herramientas que faciliten la superación de los retos que puede suponer dicha tarea, ayudará a disminuir la prevalencia de dichas patologías.

CONCLUSIONES

Se ha llevado a cabo este trabajo con el fin de facilitar la incorporación de los alumnos de enfermería a las prácticas clínicas y valorar las habilidades sociales y comunicativas de los mismos. Después de valorar los resultados obtenidos y el transcurso de la investigación, se evidencian las siguientes conclusiones:

- Una intervención educativa sobre habilidades sociales y comunicación permite mejorar dichas habilidades sociales, pudiendo facilitar la incorporación de los estudiantes a la práctica clínica.
- Las habilidades sociales de los alumnos de segundo curso del Grado en Enfermería en la Universidad de Valladolid son bastante satisfactorias, obteniendo en todas las categorías del cuestionario seleccionado una puntuación cercana a la óptima.
- Inmediatamente después de la intervención los resultados del cuestionario sobre habilidades sociales mejoraron notablemente. Los resultados tras un mes de la misma no muestran a penas relevancia por lo que sería necesario realizar intervenciones sucesivas.
- Los estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería de Valladolid consideran que la formación que reciben es adecuada, pero les gustaría recibir más información sobre habilidades sociales y comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández Martín F, Gallego Lastra R, Alcaraz González S, González Ruiz J. La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades* [Internet]. 1997; (02): 21-35.
2. Nightingale F. *Notas sobre enfermería*. Ámsterdam: Elsevier MassonSalvat; 2011.
3. Rosenbaum M. Dis-integration of communication in healthcare education: Workplace learning challenges and opportunities. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2017; 100(11): 2054-2061.
4. Woodworth J. Promotion of Nursing Student Civility in Nursing Education: A Concept Analysis. *Nursing Forum* [Internet]. 2015; 51(3): 196-203.
5. Стамболова И, Спасова М, Петкова В. Self-assessment of communicative competence of nursing student in Public Health Faculty, MU - Sofia. [Internet]. 2016.
6. Tomová Š, Botíková A. The use of teaching methods in communication training of nurses at universities. *Kontakt* [Internet]. 2017; 19(3): e192-e198.
7. Latifah A. The Process of Teaching Caring as a Multidimensional Phenomenon in Undergraduate Nursing Programs. [Internet]. 2016.
8. Hasanpour-Dehkordi A. The Efficacy of Three Learning Methods Collaborative, Context-Based Learning and Traditional, on Learning, Attitude and Behaviour of Undergraduate Nursing Students: Integrating Theory and Practice. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH* [Internet]. 2016.
9. Arveklev S, Berg L, Wigert H, Morrison-Helme M, Lepp M. Nursing students experiences of learning about nursing through drama. *Nurse Education in Practice* [Internet]. 2018; 28: 60-65.
10. Marín Sánchez M, León Rubio J. Entrenamiento en habilidades sociales: Un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. [Internet]. 2001.
11. Cestero Mancera A. Comunicación no verbal y comunicación eficaz. *ELUA* [Internet]. 2014; (28): 125-150.

12. Caballo V, Ortega A. La escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 1989; 2(42): 215-221.
13. De Vries J, Timmins F. Teaching psychology to nursing students-a discussion of the potential contribution of psychology towards building resilience to lapses in compassionate caring. *Nurse Education in Practice*. 2017; 26: 27-32.
14. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Annals of General Psychiatry*. 2016; 15(1).

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario entregado a los sujetos

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESION SOCIAL- PARTE COGNITIVA
(Caballo, 1987)

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, responde a las preguntas poniendo una x en la casilla apropiada, de 0 a 4 según tu elección:

4: Siempre o muy a menudo

3: Habitualmente o a menudo

2: Algunas veces

1: Raramente

0: Nunca o muy raramente

	0	1	2	3	4
1. Temo dar la nota en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales					
2. Si un superior me molesta, me preocupa tener que decírselo directa y claramente					
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos por miedo a parecer incompetente					
4. Pienso que si no estoy seguro de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría meter la pata					
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión					
6. Temo la desaprobación de mis amigos si me enfrento con ellos cuando se están aprovechando de mi					
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos cuando sé que no se encuentran de humor					
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos que aceptarlos y poder causar una impresión negativa					
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser					
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que el me critique					
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo					
12. Me importa bastante la impresión que acuse a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos					
13. Me preocupa hacer una escena cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres					
14. He pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos					
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él porque puedo fallar en la argumentación					
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que conozco simplemente porque me lo hayan pedido					
17. Temo expresar cariño hacia mis padres					
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mi					

19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.					
20. He estado preocupado sobre qué pensarían las otras personas de mi si defiendo mis derechos frente a ellos					
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación					
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo					
23. He pensado que si una persona (del sexo opuesto) rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mi como persona					
24. Me preocupa notablemente iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados					
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta					
26. Me preocupa que al mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mi					
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente					
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres					
29. Me importa bastante expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable					
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos cuando expreso mi afecto hacia ellos					
31. Me preocupa lo que piense la gente de mi si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho					
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer					
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas					
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables solo puede esperar malas contestaciones					
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona					
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño					
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos probablemente dé lugar a situaciones violentas					

38. Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un adulator					
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable					
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal					
41. Temo que la gente me critique					
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión					
43. Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa					
44. Me preocupa bastante expresar sentimiento de afecto hacia personas (del sexo opuesto)					

FECHA:

PRE/POST

FECHA NACIMIENTO:

CÓDIGO

Anexo II: Encuesta de satisfacción

Encuesta de satisfacción: intervención educativa dentro del TFG "Respeto al paciente, la familia y el resto del personal del equipo sanitario por parte de los alumnos de enfermería"

En relación a la intervención realizada como parte de mi TFG «Respeto al paciente, la familia y el resto del personal del equipo sanitario por parte de los estudiantes de enfermería» y para cada una de las preguntas siguientes indique su grado de acuerdo del 1 al 5, siendo cinco el grado máximo de satisfacción.

*Required

1. **La intervención fue útil dentro de mi formación como profesional de la enfermería. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. **La intervención me ayudó a ponerme en el lugar del otro, especialmente el Roll-playing. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. **La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto al paciente. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. **La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto a la familia**

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. La intervención mejoró mi actitud presente o futura respecto a otros profesionales*Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. He recibido información sobre la importancia del buen trato al paciente y/o la familia del mismo durante mi formación teórica previa a la intervención. **Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. He recibido información sobre la importancia del buen trato a los compañeros del equipo sanitario durante mi formación teórica previa a la intervención. **Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Me gustaría recibir más información sobre la forma correcta de relacionarme en mi actividad profesional durante mi formación para la misma. **Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. El tiempo invertido en la parte teórica de la intervención fue suficiente. **Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. El contenido de la parte teórica de la intervención me parece apropiado y suficiente. **Mark only one oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. **El cuestionario me resultó fácil de cumplimentar. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. **Los items del cuestionario eran fácilmente comprensibles. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. **La intervención me resultó interesante y atractiva. ***

Mark only one oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **Si tenéis alguna duda, sugerencia o comentario estaré encantada de recibirlo.**

Powered by
[Google Forms](#)

Anexo III: Contenido teórico de la intervención

Al comenzar las prácticas el paciente y la comunicación con él y la familia puede resultar una barrera difícil de superar. Por mucha confianza que tengas en ti mismo, hay ciertas situaciones que te ponen a prueba, cada paciente es único y aunque ya os lo habrán repetido miles de veces, no podemos olvidar que son personas que por lo general se sienten indefensas y asustadas.

Tratar bien a los que nos rodean debería ser algo que llevar a la práctica cada día, pero nuestra situación lo hace aún más importante. Hay dos términos que usan los ingleses y me parecen muy interesantes. Para hablar del cuidado diferencian entre “*caring for*” y “*caring about*”. El primero técnico, lo que estudiamos como teoría en la carrera. Lo segundo relacionado con la interacción, lo deberíamos hacer todos, relacionado con el respeto, preocuparte por el otro, hablar con él porque necesita ser escuchado. En este segundo es en el que quiero incidir yo.

Somos enfermeras, sí, os parece que está muy lejos el plantaros el pijama e ir al hospital, pero pasa volando, y cuando tengáis al paciente al lado, tenéis que saber cómo tratarlo, dónde está el punto perfecto entre la cercanía y la distancia terapéutica. Yo no tengo la respuesta a todas las preguntas que os van a surgir y de lo que os cuente os quedareis con lo poquito que os parezca útil. Es cierto que durante la carrera no nos explican demasiado, no da a penas tiempo, pero voy a intentar hablaros de algunas herramientas que os pueden venir bien.

Cuando un paciente llega al hospital, es importante recordar que no solo tiene una enfermedad. La teoría dice que debemos tratar al paciente de forma holística, es decir, teniendo en cuenta su entorno y circunstancias personales. Para ello debemos realizar una valoración de las necesidades que no solo incluya el estado físico del paciente. Es cierto que los programas informáticos que se utilizan actualmente nos recuerdan la necesidad de valorar la esfera psíquica del paciente, pero en muchas ocasiones se le resta importancia. Debemos tener en cuenta que para que el paciente se sienta cómodo y comencemos a establecer una relación terapéutica adecuada, la valoración suele comenzar tranquilizándole. Además, es importante que el paciente o la familia sienta que les prestamos atención, no sirve de nada si le preguntamos qué tal y usamos su nombre si lo hacemos desde detrás del ordenador o no escuchamos su respuesta. Estos gestos, actitudes, son lo que conocemos como comunicación no verbal.

La comunicación no verbal se divide principalmente en dos categorías: el sistema paraverbal y el sistema kinésico, y ambas son esenciales para conseguir una comunicación efectiva, un uso incorrecto de las mismas puede dar lugar a una interpretación equivocada del mensaje.

La comunicación paraverbal comprende no sólo el tono, la cantidad e intensidad del lenguaje o la velocidad que usamos sino también las interjecciones o sonidos no léxicos como el llanto o la risa que emitimos con la intención de comunicar algo. Es importante adecuarlas a la situación, no podemos bostezar delante de un paciente al ir por la noche a atender un timbre puesto que nuestro aspecto somnoliento le hará sentir desprotegida, de igual forma que no es apropiado bromear con tus compañeras con un paciente al lado al que le han dado una mala noticia, aunque esa broma no esté relacionada con él. A veces os pueden sonar ridículos los ejemplos, pero en el hospital yo he escuchado comentarios del tipo “¿todavía sigue viva la momia? Es que hasta con morfina está despierta... lleva ahí una eternidad” acompañados de risas al salir de la habitación de la paciente en cuestión, e igual que yo los he escuchado, la familia los puede escuchar y entenderlos claramente como una falta de respeto.

La parte kinésica es aquella comprendida de gestos, maneras y posturas. La actitud que adoptamos al dar un mensaje o la seguridad que mostramos al realizar una acción, modifica su significado. Es importante que sepamos usar gestos apropiados, a un paciente no se le puede guiñar un ojo, pero es importante en ciertas situaciones que le demos la mano y se sienta acompañado: estando en la UVI he visto a dos enfermeras realizar la misma técnica al mismo paciente, una de ellas usó la mano libre para “acariciarlo” y la reacción del paciente, como podéis esperar, fue totalmente distinta. Como decía antes, por mucho que nos interese por el paciente si luego nuestra cara muestra prisa o desinterés, no sirve de nada. No podemos pretender que el paciente nos cuente cómo se encuentra o cómo ha pasado el día si cuando intenta hacerlo nosotros estamos camino de la puerta o con actitud de indiferencia.

En ocasiones es muy importante reconocer las actitudes positivas del paciente para así animarle a seguir luchando, sobretodo ante enfermedades de evolución prolongada o crónicas; de igual modo, a veces es preciso corregir comportamientos negativos para que la evolución del paciente sea óptima.

Como estudiantes debemos aprovechar la posición que nos otorga el no tener

responsabilidades directas e invertir tiempo en la relación con el paciente y su familia. Todo lo que no aprovecháis para hablar con el paciente, lo vais a echar en falta cuando la carga de trabajo no os permita pasar tiempo con él. Es importante poner en práctica el respeto y la comunicación con el paciente durante las prácticas porque haremos de nuestro trabajo algo agradable y no nos costará afrontar la relación con personas en nuestro día a día. Además, establecer cierta relación de confianza con el paciente nos facilitará la actuación si el paciente se pone a la defensiva.

Como punto de partida ante cualquier relación, la teoría dice que encontramos la comunicación asertiva, esta permite mantener relaciones cordiales y empáticas sin exceder la implicación y te permite expresar tu opinión mientras respetas y escuchas al otro. Una de las partes más importantes de la comunicación asertiva es que ayuda a valorarse a uno mismo y aceptar las críticas lo que permite actuar correctamente sin faltar al respeto al interlocutor. Desde mi punto de vista la comunicación asertiva es distante aunque bien es cierto que puede ser de gran utilidad en nuestra profesión.

En ocasiones, nos enfrentamos a conflictos en los que es necesario calmar al paciente y para ello no podemos llevarle la contraria, en estos casos recurrir a técnicas como el “banco de niebla” mediante la cual aceptamos la crítica o el comentario del paciente, pero sin darle la razón. Un ejemplo muy básico sería cuando el paciente ha buscado información en internet que es verídica pero la interpretación de la misma es errónea: el cansancio injustificado puede tener origen oncológico, pero no siempre es así: la información al paciente le puede crear ansiedad, si tú le dices “puede ser, lo tendremos en cuenta en la valoración”, el paciente estará más tranquilo. En la comunicación asertiva es importante usar adecuadamente el sistema paraverbal puesto que no podemos transmitir un mensaje de tranquilidad si nuestro tono es, por ejemplo, de enfado.

Otra de las herramientas que nos pueden ser útiles en la relación con el paciente es la comunicación reflexiva, sirve para mostrar empatía, aunque no estemos experimentando la misma situación, la usamos cuando el paciente intenta mostrar sus sentimientos pero no encuentra las palabras apropiadas para explicarse. Consiste principalmente en repetir el mensaje que nos llega para corroborar que es a lo que se refiere y animarle a seguir explicando, darle a entender que le entiendes y quieres seguir escuchándole. Obviamente para que su uso sea eficaz deberemos acompañar el mensaje oral de una postura abierta y gestos de escucha, mantener el contacto visual y la cercanía

contribuirá al mensaje que queremos transmitir.

Por último, me gustaría hablar de la relación con el resto del personal sanitario. Auxiliares, médicos y enfermeras somos un equipo, y como equipo debemos tener una relación cordial y colaborar para mejorar la atención del paciente. Sin el trabajo de los demás componentes, el nuestro es inservible: que yo me ponga guantes al coger una vía no evitará una bacteriemia si la auxiliar no realiza correctamente la higiene del paciente o el médico no prescribe los antibióticos necesarios. Es cierto que muchas veces no tenemos tiempo, pero colaborar en las tareas de otros miembros del equipo fomentará la relación y nos ayudará a conocer aún más al paciente lo que facilitará nuestro trabajo. Además, no podemos olvidar que es una relación entre iguales, como ya he dicho antes todos somos imprescindibles, hasta el personal no sanitario, por lo que cuando un compañero, sean cuales sean sus estudios, te hace una sugerencia o te pide ayuda en el cuidado del paciente, debemos estar siempre dispuestos a escuchar y atenderle. De igual modo, en todo momento debemos ser capaces de corregir las actitudes negativas de los compañeros o los posibles errores que puedan cometer, ya sea por falta de conocimientos o despistes puntuales. De nosotros depende la mejoría de los pacientes, por lo que sentirnos libres de pedir y dar ayuda puede marcar una gran diferencia en los cuidados aportados.

Podemos delegar tareas, pero eso no nos permite olvidarlas ni significa que el compañero tenga la obligación de realizarlas si no ha terminado las suyas propias, si delegamos, la responsabilidad de esa actividad es nuestra por lo que debemos supervisar y revisar su realización y siempre que sea posible retomarla. Los ejemplos asociados a este tema son muy típicos, pero por mucho que los oigamos a veces parece que no se nos queda la copla, por ejemplo: la auxiliar es la que se encarga de repartir las comidas, pero somos nosotras las que tenemos que asegurarnos de que es la dieta apropiada, en plantas como oncología o con pacientes inmunosuprimidos, una dieta u otra puede empeorar considerablemente su enfermedad. Yo he visto a enfermeras quejarse porque la auxiliar les pregunta por una dieta cuando en realidad somos nosotras las que deberíamos supervisarlas sin que ellas nos preguntasen. Por otra parte también he visto auxiliares molestas al preguntarles si la dieta que han llevado a un paciente diabético llevaba azúcar o si la de un paciente con trasplante estaba envasada. Toda actividad debe ser el conjunto del trabajo de distintos profesionales, ningún paciente se cura sin un equipo

pluridisciplinar y colaborativo.

Es cierto que la colaboración con el personal médico es más complicada, deben ser ellos los que nos permitan ayudar, muchas veces nos damos contra un muro de hierro al intentar participar de sus actividades pero en ocasiones, cada vez más, la enfermería tiene voz y voto en la planificación de cuidados. En la UVI me he dado cuenta de que contamos con los conocimientos suficientes para colaborar en la toma de muchas de las decisiones y debemos reclamar este papel pero siempre desde el respeto. La formación teórica y las habilidades comunicativas deben darse la mano durante nuestros estudios y nuestra vida profesional.

Como habéis podido comprobar, la comunicación no verbal es un elemento esencial de nuestro trabajo y las habilidades comunicativas y sociales deben ser parte de nuestra formación para así facilitar y mejorar la calidad de la práctica enfermera. No sirve de nada que sepáis pinchar muy bien si luego no dais los buenos días o no ayudáis a vuestros compañeros. Por favor, no faltéis nunca a nadie al respeto, pero mucho menos desde la posición privilegiada que nos otorga nuestra profesión, porque si lo hacéis estaréis devaluando el trabajo de muchas personas.

La presentación utilizada durante la intervención tiene formato prezi y se puede acceder a ella a través del siguiente enlace:

http://prezi.com/vbig1nhpin5w/?utm_campaign=share&utm_medium=copy

Anexo IV: Situaciones planteadas para su representación

1- Estando en una planta de hospitalización ingresa un paciente ectópico. Durante la hora de visita de los médicos la familia debes salir pero el paciente se empeña en que se queden. Al recordarle las normas el paciente se pone agresivo, tanto que es necesario que venga la policía y el cuerpo de seguridad del hospital. La enfermera que lo lleva debe solucionar la situación junto a la supervisora.

2- Ingresa en la UVI un paciente al que le ha dado un infarto se muestra muy nervioso y con cierta ansiedad pero no lo refiere porque prefiere no molestar, todo ello empeora su patología. Además los médicos no le han explicado nada y eres tú quien debe tranquilizarlo.

3- Ingresa en la planta de oncología una paciente muy joven a estudio por numerosos hematomas en todo el cuerpo. Al día siguiente le diagnostican una leucemia. La paciente está aislada por lo que sólo puede visitarla un familiar, cada vez que un sanitario entra en la habitación la paciente se pone a llorar desconsoladamente: tiene miedo a morir.

4- Al entrar en la habitación de un paciente compruebas que si invidente. Siempre que está la familia delante el paciente se comporta de forma correcta pero cuando se van las visitas cambia su actitud. Por mucho que intentas mejorar la relación te das cuenta de que no hay medios suficientes.

5- Al dar el alta a un paciente un viernes, los familiares, uno de ellos sanitario, te refieren que no han incluido en el informe de alta las recetas para los medicamentos necesarios. Hablas con el médico pero se niega a hacer dichas recetas a pesar de ser su obligación. Tú como enfermera debes actuar como mediadora

6- Tras hacer un ingreso sin ningún tipo de conflicto, te queda un poco de tiempo y hablas con la familia del paciente. Al final de la conversación alaban tu trabajo y te animan a seguir así. ¿debes aceptar ese elogio o es preferible referir que únicamente haces tu trabajo?

7- Trabajas en una residencia y uno de los pacientes tiene demencia por lo que te preguntan continuamente por su familia, dónde se encuentra y quién le ha llevado allí, llegando incluso a perseguirte mientras haces tu trabajo ¿Cuál sería la reacción apropiada?

8- Ingresa un paciente menor de edad en la UVI de adultos donde las visitas están restringidas, siente miedo e incertidumbre y nadie le explica las cosas puesto que no tiene potestad sobre su salud. Cómo enfermera eres la que más tiempo pasa con él, ¿qué puedes

hacer?

9- Estando en prácticas entras con tu enfermero colaborador en una habitación para extraer una analítica el paciente al ver que eres estudiantes se niega a que le pinches pero tu enfermero insiste. ¿Cómo reaccionas?

10- Un paciente de traumatología precisa ser movido por lo que llamas al celador pero el familiar que le acompaña se obceca en movilizarlo sin esperar y al hacerlo se cae echándote la culpa de no haberlo hecho tú. ¿Qué harías?

11- Una paciente oncológica precisa la colocación de la vía central para administración de quimioterápicos. El médico tiene dudas sobre la inserción central puesto que en las inserciones previas la paciente desarrolló infección. Por ello que propone colocar un PICC, tras varios intentos, siendo imposible la canalización por una falta de formación y ante la queja explícita de la paciente, el médico vuelve a insistir. ¿Cómo deberíamos actuar?

12- A un paciente ingresado en una planta de aislamiento el médico le propone regresar a la planta normal con aislamiento estricto para así poder recibir alguna visita más. Este cambio no es explicado a las enfermeras de la planta por lo que al recibir visitas se le recuerda a la familia la imposibilidad de estar más de una persona dentro de la habitación. Existe un conflicto por la información que se ha dado a la familia puesto que es distinta a la que han recibido las enfermeras. Cómo lo solucionas

13- Hay ingresada una madre que no consigue durante días que el niño agarre el pecho, un día lo consigue pero al pasar por la habitación ves que lo está haciendo mal y le hará daño con lo que corriges la postura y el niño vuelve a no agarrar. La madre pone en duda tu actuación por ser estudiante. ¿Qué deberías hacer?

14- Durante tu trabajo en el hospital observas que uno de tus compañeros tiene actitudes muy negativas hacia las auxiliares llegando incluso a menospreciar su trabajo. Decides hablar con él, ¿cómo sería la conversación?

15- Estás trabajando y uno de los pacientes se desorienta introduciendo las manos en el pañal, gritando y tirando cosas. Por orden médica intentas colocarle sujeciones para evitar que se haga daño puesto que tiene colocada una tracción mecánica. Al hacerlo, el paciente comienza a insultarte llegando incluso a amenazarte de muerte. ¿Cómo deberías actuar?

Anexo V: Aprobación del comité de ética.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 23 de enero de 2018 y vista la solicitud presentada por:

D^a. **PAULA PÉREZ HERRERO**, alumna de Grado de la Facultad de Enfermería.

Tutor del TFG, doña Verónica Velasco González.

Acuerda emitir **informe favorable**, en relación con la propuesta del TFG, titulado:
"Intervención para la potenciación del buen trato al paciente, la familia y el personal sanitario por parte de los alumnos de enfermería.

Y para que conste a los efectos oportunos firmo el presente escrito.

Valladolid, a 23 enero de 2018

LA PRESIDENTA DE LA COMISION



Fdo.: M^a José Cao Torija

