

Barreras percibidas en el proceso de aprendizaje de habilidades de ayuda interpersonal en enfermería

Angelina Dois C.^{a,*}, Paulina Bravo V.^a

Facultad de Medicina



Resumen

Introducción: La relación de ayuda interpersonal es uno de los pilares del cuidado de enfermería, basándose en la comprensión empática y aceptación incondicional del paciente. El desarrollo de habilidades específicas es fundamental para el establecimiento de relaciones de ayuda efectivas. A pesar de esto, los programas de formación de pregrado en enfermería chilenos, carecen de estrategias para potenciar en los estudiantes dichas habilidades.

Objetivo: analizar las barreras percibidas por los docentes y los estudiantes de enfermería para el aprendizaje y enseñanza de habilidades de ayuda en el encuentro clínico.

Método: Se realizó un estudio cualitativo descriptivo basado en el análisis de contenido, a través de entrevistas semiestructuradas con docentes de enfermería y grupo focal con estudiantes de una escuela de enfermería chilena.

Resultados: Quince docentes y 8 estudiantes participaron en el estudio. Las barreras percibidas por los docentes para enseñar habilidades de ayuda incluyen la falta de formación propia en la temática y la ausencia curricular de contenidos relacionados con esta materia. Para los estudiantes, la subvaloración de estas habilidades por parte de los docentes y la falta de espacios para ejercitarlas, son las principales dificultades para aprender estas habilidades.

Conclusiones: Futuras investigaciones podrían explorar las características de intervenciones educativas que faciliten la enseñanza y aprendizaje de estas habilidades, considerando la necesidad de formar a los docentes y de relevar en el currículo y evaluaciones de los estudiantes el componente relacional.

Palabras clave: Habilidades de ayuda interpersonal; Cuidado de enfermería; Docencia; Barreras.

*Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 6-diciembre-2017. Aceptado: 25-marzo-2018.

*Autor para correspondencia: Angelina Dois C. Avenida Vicuña Mackena 4860, Santiago de Chile. teléfono +562 2354 5837.

Correo electrónico: adois@uc.cl

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

2007-5057/© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1786>

© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barriers perceived in the process of learning interpersonal nursing skills in nursing

Abstract

Introduction: The interpersonal relationship is one of the pillars of nursing practice. These relationships are based on the empathic understanding and acceptance of patients. Developing specific skills is a fundamental aspect to effective therapeutic relationships. Nevertheless, the Chilean nursing undergraduate programs lack this component.

Aim: to analyze barriers to teach and learn interpersonal relationship skills from lecturers and students' viewpoints.

Method: A qualitative study based on content analysis was conducted, by using semi-structured interviews with

lecturers and focus group with students of one Chilean school of nursing.

Results: Fifteen lecturers and eight students took part. For the lecturers, the main barriers to teach interpersonal relationship skills are their scarce training on this topic and the lack of content in the undergraduate program. For the students, barriers to learn these skills include the underestimation of these by their lecturers and few opportunities to practice the skills.

Conclusion: Further research is need explore the characteristics of educational interventions to train these skills, considering lecturers' training and inclusion of the contents in the curricular program.

Keywords: *Interpersonal relationship; Nursing care; Teaching; Barriers.*

© 2019 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El cuidado en salud ha experimentado importantes avances al incorporar tecnologías complejas y especializadas para abordar el tratamiento y rehabilitación de enfermedades. Como consecuencia se observa una sobremedicalización que muchas veces privilegia el uso de la tecnología disponible, por sobre un encuentro clínico significativo y consciente¹. Aquello propio de la vocación de los profesionales de la salud se reemplazó por contactos ajenos al dolor, soledad y angustia de los pacientes, restringiendo sus intervenciones a lo que malamente se llama “buen juicio clínico”². En este escenario, la entrega incondicional, respeto, escucha empática y compromiso terapéutico, son exigencias que muchos no están dispuestos a asumir, ya sea por falta de preparación o por una subvaloración del poder terapéutico que posee el encuentro clínico integral, aun cuando los usuarios valoran más los aspectos relacionales, el afecto y la atención que se les entrega en los centros de salud^{3,4}.

El profesional de enfermería junto con saberes científicos y disciplinares, debe desarrollar actitudes y habilidades necesarias para establecer cuidado de

calidad, incluyendo habilidades de escucha, respeto, incondicionalidad, compromiso ético y calidez humana^{5,6}. Este desarrollo del “ser enfermero” se relaciona con las teorías de relaciones interpersonales de Hildegard Peplau y Joyce Trabelvee, quienes proponen el cuidado de enfermería como un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona con el objetivo de promover su salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuir a que descubra un sentido en esa experiencia^{7,8}. En esa línea, se necesita que el profesional comprenda la situación del paciente para lo cual la comunicación interpersonal es una pieza clave del encuentro clínico, sin embargo, su enseñanza es cada día más compleja ya que la habilidad solo se logra a partir de un proceso permanente de análisis y práctica⁹, lo que requiere experticia y tiempo de los docentes y de modelos de formación durante sus prácticas clínicas, ya que de lo contrario el encuentro clínico se desvaloriza por su omisión cotidiana¹.

A esta dificultad de formación de habilidades se suma la revolución tecnológica en la que están

inmersos los estudiantes. Como nativos digitales, permanentemente imbuidos en sistemas de comunicación digital, dejan poco a poco relegados los espacios de encuentro interpersonales cara a cara.

Considerando lo anterior, el objetivo de este manuscrito es analizar las barreras percibidas por los docentes y los estudiantes de enfermería para el aprendizaje y enseñanza de habilidades de ayuda en el encuentro clínico.

MÉTODO

Diseño cualitativo descriptivo. Esta metodología ha sido de gran utilidad para explorar nuevos campos de estudio u objetos de investigación de los cuales se cuenta con un conocimiento limitado¹⁰. Se realizó análisis de contenido propuesto por Krippendorff¹¹, utilizando unidades proposicionales. Se identificaron oraciones en el relato transcrito, desglosando el texto para examinarlo a la luz del objetivo de la investigación¹². Para el proceso de análisis se siguieron estos pasos: a) Lectura amplia de las transcripciones, b) Identificación y extracción de las narrativas que daban cuenta de la percepción de los participantes de las barreras percibidas, agrupándolas en un solo texto; a su vez, este fue dividido en diferentes unidades de significado a las que se les asignó un código (los códigos a utilizar se consensuaron a través de un proceso de reflexión y discusión entre las investigadoras), c) Los códigos se organizaron en categorías más amplias, ordenando y clasificando de modo definitivo el material previamente codificado alrededor de la esencia del fenómeno en estudio. Cada categoría cumplió además con el criterio de ser exhaustiva y mutuamente excluyente^{12,13}.

El rigor metodológico se aseguró con los criterios de Guba¹⁴. El universo estuvo constituido por docentes y estudiantes de enfermería de una universidad chilena privada con vocación de servicio al bien común acreditada por 7 años^a y más de 120 años de trayectoria. La escuela de enfermería tiene un programa de pregrado de 5 años de duración para la obtención de la licenciatura y su currículum está orientado por competencia y basado en el modelo de Dorotea Orem y el respeto a la dignidad

de la persona humana. Los datos se recolectaron durante mayo y junio de 2017, usando muestreo por conveniencia. Los participantes fueron contactados por correo electrónico explicando el propósito del estudio, la participación solicitada y los criterios de inclusión: a) docentes: realizar docencia clínica directa los últimos dos años, b) estudiantes: estar realizando cursos con desarrollo de experiencia clínica de 6.º o 7.º semestre de la carrera.

La recolección de información se realizó con entrevistas semiestructuradas a las docentes, para explorar su percepción de barreras en la formación de estas habilidades y las acciones requeridas para realizar esta formación. La construcción del guion de entrevista se realizó a partir de las preguntas directrices, validado por expertos temáticos y modificado a la luz de una entrevista piloto a una docente que cumplía con los criterios de inclusión (que no participó en el estudio). Con estudiantes se realizó un grupo focal para profundizar en las barreras percibidas en el aprendizaje de habilidades de ayuda interpersonal. Con ello se logró saturar la información por lo que no fue necesario hacer un segundo encuentro.

Las consideraciones éticas que resguardan la dignidad de la persona durante la investigación la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria, fueron aprobadas por el Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

RESULTADOS

Docentes participantes

La muestra quedó conformada por 15 docentes mujeres de entre 31 y 60 años, con 14.9 años promedio de experiencia docente en servicios médicos y quirúrgicos, de adulto (7), maternidad (3) y pediatría (5), en contextos hospitalarios (8) y ambulatorios (7).

Del total, 8 docentes reportaron tener formación de profundización en habilidades comunicaciones, el resto contaba con la formación recibida durante el pregrado. A su vez, 8 se sentían incapacitadas para enseñarlas a los estudiantes.

Barreras percibidas por las docentes (tabla 1)

Todas coincidieron en que la principal barrera para no enseñar habilidades de ayuda es que en el desa-

a De acuerdo a la Comisión Nacional de Acreditación el número máximo de años al que puede optar una institución es de 7 años.

Tabla 1. Percepción de docentes y estudiantes

Testimonios de docentes	
Barreras percibidas por las docentes	“Mi enseñanza solo podría tener una base experiencial personal, pero no en base a conocimientos, por lo tanto, se basaría en mi lógica e intuición y también de acuerdo a las características actuales de los estudiantes” (Docente 9, mujer, 50 años)
	“Tiempos acotados en la experiencia clínica con cursos concentrados donde el foco es la enseñanza en la salud o la enfermedad y no en la relación establecida con el destinatario” (Docente 11, mujer, 35 años)
Acciones para enseñar comunicación de ayuda docentes	“Me parece que este es un tema central que debe ser abordado de manera progresiva y hacer énfasis en el proceso que se vive de manera explícita” (Docente 7, mujer, 48 años)
	“Me parece relevante la formación en esta área, ya que este aspecto de las habilidades comunicacionales de ayuda permite desde realizar la valoración apropiada del paciente hasta permitir que las intervenciones planificadas sean más efectivas. Así como una atención mucho más humanizada que debe ser un sello diferenciador” (Docente 1, mujer, 54 años)
Competencias en comunicación de ayuda	“Creo que es importante que ellos aprendan a conocerse a sí mismos, que sepan diferenciar las cosas positivas y negativas, como piensan frente a determinadas situaciones, esa es la base para establecer una relación con el otro” (Docente 5, mujer, 40 años)
	“Habilidades comunicacionales específicas como son los principios de la comunicación efectiva, la interacción empática y respetuosa, ajuste del lenguaje verbal y acotado al contexto” (Docente 6, mujer, 34 años)
	“Desarrollo de la actitud empática, escucha activa” (Docente 10, mujer, 33 años)
Testimonio de los estudiantes	
Barreras percibidas por los estudiantes: ausencia de modelos clínicos	“O sea que alguien modele todo lo que uno aprende en lo teórico, porque es muy distinto estudiarlo a verlo en alguien, y creo que la única vez que lo aplicamos, lo aplicamos en nosotros, sin ver a alguien cómo hacerlo primero, que creo que es muy importante, o sea mucho más fácil identificar, cuando uno lo ve de alguien... Además se le agrega como todo el lenguaje como kinésico, como... no sé, yo creo que sirve mucho” (Estudiante, mujer 5, 25 años)
Barreras percibidas por los estudiantes: orientación hacia el cuidado de la patología	“Evito sentarme a conversar con el paciente para que la profesora no me rete (reprensión)” (Estudiante 6, mujer, 22 años)
	“Me produce mucha ansiedad conversar con un paciente, estoy todo el rato mirando a la puerta por si la profesora aparece” (Estudiante 1, hombre, 21 años)
Habilidades necesarias para la comunicación de ayuda	“A mí me pasa mucho que yo no sé cuáles son mis límites, como que no puedo identificarlos porque siento que mis límites podrían depender del caso, de la persona y de su problema... y cuando ya empieza la relación yo tengo que cuidar mis límites y no me voy a meter más allá” (Estudiante 2, hombre, 21 años)
	“Yo tengo antecedente en la familia de cáncer, si me llega un paciente con cáncer, quizá para mí sería más complicado atenderlo; entonces como que igual uno se va analizando de a poco... para ir descubriéndose a medida que uno ya va avanzando en la carrera o en la vida” (Estudiante 3, mujer, 22 años)
	“Personalización... para poder ayudar a la persona y confrontación porque es muy útil, pero mal usada hecha todo a perder” (Estudiante 7, mujer, 21 años)

rollo de las prácticas clínicas se priorizan cuidados derivados de problemas médicos, sin considerar el contexto relacional del encuentro. Además, asocian la sobrecarga de contenidos de las asignaturas y al excesivo número de estudiantes a la escasez de tiempo que tienen para centrarse en el modelaje de las habilidades de ayuda.

Otros factores que actúan como barreras para enseñar estas habilidades, son los asociados al currículo de formación de pregrado y la formación

de los docentes. Plantean que esta materia no está planificada como competencia transversal, sino circunscrita a cursos específicos de salud mental. A esto se suma la falta de formación docente en esta área, que se manifiesta en inexperiencia en el tema y desconocimiento de metodologías efectivas que permitan su evaluación, lo que se traduce en el uso de la intuición y experiencia personal como estrategia para formar estudiantes en el área.

Competencias en habilidades de ayuda (tabla 1)

Las docentes señalaron tres categorías de competencias que necesita desarrollar un estudiante de enfermería para incorporar en el cuidado las habilidades de ayuda. La primera, se refiere al autoconocimiento que permite al estudiante establecer relaciones asertivas con otro. La segunda, a modelos y principios fundamentales que organizan la comunicación efectiva, como el ajuste del lenguaje (verbal y no verbal) acotado al contexto en que se produce la comunicación. La tercera categoría hace referencia a habilidades y actitudes de ayuda interpersonal, relevándose la actitud empática y la aceptación incondicional fundada en el respeto y las habilidades de escucha activa, personalización y confrontación.

Estrategias para enseñar habilidades de ayuda (tabla 1)

El 100% de las participantes reconoció que en su práctica habitual trataban de ser empáticas, evitaban formular juicios de valor sobre los estudiantes y buscaban crear un clima de cordialidad y respeto que permitiera al estudiante sentirse cómodo y libre. Asimismo, todas reconocían estar atentas al contenido no verbal del mensaje y también a los sentimientos y necesidades del estudiante. Al preguntarles por el estilo relacional que predominaba en su docencia clínica, 60% de las entrevistadas reconoce que siempre utiliza el estilo democrático o cooperativo. El 40% restante describe este mismo estilo como el que utiliza con mayor frecuencia.

Finalmente, en relación a las estrategias que perciben como necesarias para incorporar estos contenidos al plan de formación de los estudiantes, las docentes las separaron en: a) estrategias de enseñanza que permitan que los contenidos se entreguen de manera transversal en todo el currículo, generando una secuencia de habilidades a desarrollar desde el primer año de formación y durante todo el trascurso de la carrera que además, incluya una actividad hito de integración a la mitad y al final de la formación, b) estrategias de capacitación y formación docente en el tema y en metodologías que permitan su aplicación y evaluación según nivel de formación de las diferentes asignaturas clínicas

Estudiantes participantes

Se realizó un grupo focal con la totalidad de los estudiantes que aceptaron participar y completaron el proceso. Este quedó conformado por 8 estudiantes de 22 años en promedio, en su mayoría mujeres (6) y en su mayoría cursando 7.º semestre de estudios (7). Ninguno tenía formación adicional en el área de la comunicación y habilidades de ayuda.

Barreras percibidas por los estudiantes (tabla 1)

Todos describen que el encuentro interpersonal es el eje central de la formación profesional, pero refieren que los docentes no valoran el desarrollo de esta dimensión en los estudiantes, y no lo consideran como objetivo de aprendizaje transformándose en la principal barrera.

Una segunda barrera tiene relación con la práctica de dichas habilidades durante las estadías clínicas de las diferentes asignaturas, ya que no cuentan con los espacios para ejercitarlas y al no estar consignadas como parte de los objetivos del curso, son vistas como un indicador de que el estudiante “está haciendo nada”. Plantean que, en la valoración de enfermería, no se priorizan los diagnósticos derivados de problemas relacionales y/o emocionales y perciben que el énfasis se orienta al cuidado de la patología, lo que los lleva a desarrollar el encuentro en tiempos acotados y de manera intuitiva, sin supervisión ni modelaje.

Habilidades necesarias para la relación de ayuda (tabla 1)

Respecto de las habilidades de ayuda interpersonal que ellos creen que necesita desarrollar un estudiante de enfermería, las respuestas pueden agruparse en dos categorías. La primera, en relación con el autoconocimiento necesario para reconocer sus propias limitaciones frente al encuentro. La segunda categoría se refiere a habilidades y actitudes de ayuda interpersonal, relevándose las habilidades de escucha activa, personalización y confrontación.

DISCUSIÓN

Este estudio describe las barreras percibidas por estudiantes y docentes de enfermería para el proceso de enseñanza-aprendizaje de habilidades de ayuda durante el encuentro clínico. Para las docentes, las

barreras se refieren a la falta de formación propia en la temática y la ausencia curricular de contenidos relacionados con esta materia, como también el exceso y la organización de los contenidos de los cursos clínicos en los que no se prioriza el cuidado en el plano interpersonal y el desconocimiento de metodologías efectivas que permitan su evaluación, lo que distorsiona la visión integrada del paciente⁸.

Para los estudiantes, la subvaloración de estas habilidades por parte de sus docentes y la falta de espacios para ejercitarlas.

Enfermería es la ciencia del cuidado de las personas como seres individuales que se desarrollan en contextos cambiantes. Por esto, frente a las diferentes dinámicas de los procesos de salud-enfermedad, el cuidado debe centrarse en las personas y sus necesidades⁶. Esta característica central ha tenido el poder de orientar y organizar los programas de formación de pregrado en distintas universidades, las que, a través de rigurosos procesos de análisis, han podido determinar las competencias esenciales con las que debe contar un profesional de enfermería recién egresado. En el área de la salud, el término competencia clínica se entiende como un conjunto de atribuciones multidimensionales que incluyen conocimientos teóricos, habilidades clínicas, habilidades relacionales, solución de problemas, juicio clínico y destrezas técnicas¹⁵. Específicamente, dentro de las habilidades relacionales, destacan competencias relativas a brindar apoyo emocional y acompañamiento al paciente y su familia¹⁶ y para ello se hace necesaria la formación personal, la formación en actitudes de ayuda como el respeto, la empatía, la aceptación y la formación en habilidades de comunicación interpersonal específicas como uso adecuado del lenguaje, saber escuchar, potenciar el diálogo, orientarse al interlocutor, estimular la participación y construir un clima psicológico favorable¹⁷.

La Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud hizo un estudio para dar cuenta de los principales cambios que las universidades de América Latina, realizaron en sus planes de estudio conducentes al grado de licenciado en enfermería, demostrándose que una de las áreas que experimentó una transformación curricular significativa, fue la de interacción humana,

autoestima y comunicación efectiva, dado el aporte que hace a la formación de los futuros profesionales, lo que obligó a incorporar en el currículo un marco conceptual disciplinar de referencia para enfatizar en los componentes psicosociales de la profesión⁶.

Es importante considerar que la adquisición de competencias en el ámbito de las relaciones interpersonales de ayuda se logra a través de su ejercitación, por lo que el currículum académico de enfermería debiera contemplar metodologías específicas que capaciten al estudiante para establecer, mantener y mejorar sus interacciones de ayuda interpersonal¹⁸. Sin embargo, los profesionales de enfermería no solo priorizan los aspectos biomédicos, sino que otorgan mucha importancia a la tecnología. Pareciera ser que la creencia que sostiene el cuidado en este siglo es que a mayor tecnologización, mejor es la calidad del cuidado otorgado, lo que sin duda se aleja de la esencia misma del acto de cuidar y pone en un primer orden de importancia a la tecnología y luego a aquellas acciones médico-quirúrgicas que derivan de la enfermedad, relegando a un último plano de importancia lo específicamente humano, como son las relaciones interpersonales¹. De esta forma se invisibiliza el dolor, la angustia y la ansiedad de los enfermos y de sus familias, y se produce una brecha entre una atención de salud centrada en las necesidades de las personas y lo que los centros formadores están dispuestos a entregar a sus estudiantes. Las características descritas se alinean con los resultados de este estudio. Las docentes participantes reconocen como barrera para la enseñanza de las habilidades de ayuda interpersonal, el que los programas de las asignaturas priorizan acciones que derivan de problemas de resorte médico y que las habilidades relacionales no están consideradas como competencias transversales en los currículos de formación. Llama la atención que pese a reconocer su importancia en el ejercicio clínico, la situación es vista como un factor externo a ellas, eximiéndose de la responsabilidad que les cabe en el diseño curricular, en la programación de los contenidos de las asignaturas y en la capacitación en metodologías de evaluación adecuadas. En la misma línea, el total de las participantes se define como empáticas en su relación con los estudiantes, pero el 60% de ellas reconoce como estilo relacional principal el

denominado estilo democrático que se centra básicamente en el problema del estudiante, adoptando una actitud facilitadora para la resolución de este, lo que, por definición, se opone a un estilo centrado en la persona como es el estilo empático⁵.

Por otro lado, los estudiantes reconocen que el encuentro interpersonal es el eje central de la formación profesional, sin embargo, no encuentran en sus profesoras la guía necesaria para reforzar los aprendizajes del aula, ya que, a juicio de ellos, las docentes no valoran el desarrollo de esta dimensión en los estudiantes. Esta condición nuevamente muestra una brecha entre las recomendaciones emanadas desde las instituciones para alcanzar las competencias clínicas y la experiencia cotidiana de los estudiantes.

Así, este patrón relacional podría constituirse como parte de un currículo oculto (creencias, normas y valores sociales) que ejercería su influencia en la formación y que se transmitiría eficazmente a través de complejos mecanismos de imitación e interiorización, entre ellos, a través del proceso de modelaje de los estudiantes. La formación profesional recibida en las universidades se vincula directamente con la construcción de aspectos específicos de la profesión y de los aspectos actitudinales asociados con la misma, los que, a su vez, se relacionan con la claridad con que el profesional ejecuta su rol y construye la identidad profesional¹⁹. Es por esto que el rol del profesor debe ser el de un educador permanente ampliando sus propias competencias interpersonales para trabajar por el desarrollo de las potenciales de los estudiantes como parte esencial de su desempeño profesional²⁰.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería se entiende como el conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico científico, orientadas a comprender a la persona en el entorno en que se desenvuelve. En ese sentido, nos parece un imperativo la formación de los docentes en esta área, de forma que puedan enseñarla tanto en sus aspectos teóricos como en el modelaje clínico de los estudiantes, asumiendo un rol activo en la formación de competencias clínicas relacionales en los estudiantes, que posibiliten un encuentro clínico significativo con

el paciente en el que se rescate su singularidad. Así mismo, debemos prestar especial atención a la planificación secuencial de los contenidos del currículo de formación y a los contenidos abordados en cada curso, de forma que el estudiante vaya avanzando en una formación que le permita construir un cuidado centrado en la persona, para ayudar a los pacientes a transitar por sus procesos de salud y enfermedad de manera que pueda transformarse en una experiencia de crecimiento y desarrollo personal cualquiera que sea su condición y su etapa en el ciclo vital. Nos parece que debemos trabajar por entregar una formación integrada a los estudiantes, tanto en las universidades como en los servicios de enfermería donde se desarrolla su formación, lo que en un corto plazo debiera producir un mayor desarrollo de la profesión y de la identidad de quienes la ejercemos. En ese sentido, este estudio contribuye al análisis de las barreras para adquirir habilidades de ayuda para el encuentro de enfermería, que ha sido escasamente explorado en el contexto chileno.

Limitaciones

Aun cuando el método cualitativo provee de una comprensión del fenómeno en estudio, la percepción de barreras de estos participantes podría no ser representativa de otros docentes y estudiantes. Futuras investigaciones podrían explorar intervenciones que faciliten la adquisición de estas habilidades, en cuanto a su formato e incorporación en el currículo académico. Así mismo podrían abarcar un número mayor de estudiantes de distintos niveles de formación de pregrado.

CONTRIBUCIÓN INDIVIDUAL

- AD: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final y obtención de financiamiento.
- PB: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito, aprobación de su versión final.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno.

PRESENTACIONES PREVIAS

“Global Human Caring Congress Latin America, Norte y Sur se unen en un Cuidado más Humano”, en Santiago de Chile entre el 20-23 noviembre del 2017. Título presentación modalidad oral: “Habilidades comunicacionales de ayuda interpersonal en el contexto del encuentro clínico de enfermería: percepción de docentes y estudiantes”.

FINANCIAMIENTO

Concurso 2016 del Fondo de Desarrollo de la Docencia –FONDEDOC– de la Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile que no participó, ni influyó en el diseño, recolección, análisis de los resultados ni en la redacción y revisión del manuscrito.

El financiamiento NO proviene del Gobierno de Brasil o de los US National Institutes of Health y ninguna de las autoras pertenece al Howard Hughes Medical Institute.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses. 

REFERENCIAS

1. Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 5];16(1):31-3. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
2. Gudíol F. “Ojo clínico” y evidencia científica. Educ Med [Internet]. 2006 [cited 2017 Nov 24];9(Supl. 1):21-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000600006&lng=es&tng=es
3. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta paul enferm [Internet]. 2007 [cited 2017 Jun 20];20(4):499-503. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026615010>
4. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Rev méd Chile [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 24];144(5):585-92. Disponible en: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/view/4723>
5. Bermejo J. Apuntes de Relación de Ayuda. Bilbao, España: Sal Terrae; 1998. p. 95.
6. Nájera R, Jara P, Bhen V. Innovaciones en la formación del licenciado en enfermería en Latinoamérica, al inicio del siglo XXI. Invest educ enferm [Internet]. 2002 [cited 2017 Oct 4];20(2):48-56. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1984737>
7. Peplau H. Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona, España: Salvat; 1990. p. 264.
8. Travelbee J. Intervención en Enfermería Psiquiátrica. Cali, Colombia: OMS/OPS; 1979. p. 257.
9. Ruiz R, Caballero F, Martínez García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). Educ Med [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 18];18(4):289-97. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300736>
10. Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. Temas de Educación. 1995;7:3-12.
11. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today [Internet]. 2004 [cited 2017 Sept 14];24:105-12. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703001515>
12. Stemler S. An overview of content analysis. PARE [Internet]. 2001 [cited 2018 Feb 26];7(17). Disponible en: <http://PAREonline.net/getvn.asp?v=7&n=17>
13. Krippendorff K. Content analysis, an introduction to its methodology. 2º ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2004.
14. Noreña A, Alcaraz N; Rojas J; Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [Internet]. 2012 [22 Dec 2017];12(3):263-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
15. Barrios S, Masalán MP, Cook MP. Educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras. Cienc enferm [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 5];17(1):57-69. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000100007>
16. Cozer L, Alves M. Competencias profesionales de los enfermeros: el método Developing a Curriculum como posibilidad para elaborar un proyecto pedagógico. Enferm glob [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 5];18. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93721>
17. Quesada M, Solernou I. (2013). Acercamiento al estudio de la comunicación educativa en una facultad universitaria en salud. Educ Med Super [Internet]. 2013 [cited 2017 Nov 16];27(4):366-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000400005&lng=es&tng=es
18. Marín M, León JM. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. Psicothema [Internet]. 2001 [cited 2017 Nov 16];13(2):247-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72721311>
19. Dois A. La formación universitaria como factor de riesgo para la ocurrencia de hostigamiento laboral en enfermería. FEM [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 11];18(2):95-101. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v18n2/original1.pdf>
20. Suárez N, Moreno L, Carmenate M, Delgado I. La comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje en la especialidad de Medicina General Integral, EDUMECENTRO [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 16];9(1). Disponible en: http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/610/html_205