



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

**Vivencias de egresadas/os de enfermería de la Universidad de Valparaíso en
la relación de ayuda a adultos mayores: Una mirada académica**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERIA

MENCIÓN: GESTION DEL CUIDADO

AUTORA: MARIA MARCELA MORELLA ARBONA

GUÍA DE TESIS: MARIA SOLEDAD JARA DUARTE

VALPARAISO-CHILE

Enero, 2017

INFORME DE EVALUACIÓN TESIS DE MAGISTER

La Comisión Evaluadora de Tesis comunica al Director de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato/a:

MARIA MARCELA MORELLA ARBONA

ha sido aprobada en el examen de defensa de Tesis, rendido el día..... del mes....., de año....., como requisito para optar al grado de Magíster en Enfermería con mención..... y, para que así conste para todos los efectos firman:

Comisión Evaluadora

Profesor/a Guía de Tesis: MARIA SOLEDAD JARA DUARTE

Firma: _____

Profesor/a Corrector/a de Tesis:

Firma: _____

Profesor/a Ministro/a de Fé:

Firma: _____

Agradecimientos:

A mis hijos, por regalarme su tiempo y por animarme a seguir

A mi esposo, por suplirme en mi rol de madre dándome tiempo para avanzar

A las y los egresados de enfermería 2013, que generosamente aceptaron participar relatando sus vivencias

A mis compañeras de trabajo y amigas por animarme y acompañarme en este proceso

A mi asesora de tesis, por guiarme en el camino de la Investigación Cualitativa

Gracias

Resumen:

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso declara en su perfil de egreso que sus egresadas/os desarrollarán la relación de ayuda, según modelo de Hildegard Peplau, desconociéndose si tienen la formación de pregrado necesaria para ello. Además, congruente con el perfil sociodemográfico de Chile y la necesidad de ayuda que presentan los adultos mayores pertenecientes al sistema público de salud, se pretendió comprender, a través del relato de sus vivencias, su formación de pregrado para establecer relación de ayuda a adultos mayores, en sus internados de atención primaria.

Se utilizó metodología cualitativa, según enfoque fenomenológico-social de Alfred Schutz, realizando entrevistas semiestructuradas a 6 egresadas/os.

Se obtuvieron cuatro categorías relativas al tipo vivido: otorgando significado a la relación de ayuda al adulto mayor, percibiendo al adulto mayor como persona ayudada, describiendo su relación intrapersonal y describiendo su aprendizaje para desarrollar la relación de ayuda al adulto mayor.

Se concluyó que: el significado que otorgan a la relación de ayuda, no corresponde a lo descrito por Hildegard Peplau, perciben al adulto mayor con algunos estereotipos y a pesar que detectan necesidad de escucha no desarrollan todas las fases de la relación, perciben algunas debilidades personales para manejar la relación y aspectos emocionales que surgen en la misma. Además, en el proceso de formación, fueron significativas sus experiencias personales con adultos mayores y en la academia: la asignatura de desarrollo personal, el modelaje de sus docentes y el sello universitario. Identificaron déficits de conocimientos del adulto mayor sano y experiencias prácticas para la adquisición de habilidades.

Palabras claves: Aprendizaje, Relaciones enfermera-paciente, anciano, estudiantes de enfermería

Abstract:

The University of Valparaíso School of Nursing states in its graduation profile that its graduates will develop the help relationship, according to the model of Hildegard Peplau, not knowing if they have the undergraduate training necessary for it. In addition, consistent with the sociodemographic profile of Chile and the need for help presented by older adults belonging to the public health system, it was intended to understand, through the story of their experiences and their training to establish a relationship of help to older adults, In their primary care homes.

A qualitative methodology has been used, according to Alfred Schutz's phenomenological-social approach, performing semi-structured interviews with 6 graduates.

Four categories related to the lived type has been obtained: giving meaning to the relationship of help to the elderly, perceiving the elderly as an assisted person, describing their intrapersonal relationship and describing their learning to develop the relationship of help to the elderly.

It was concluded that: the meaning they give to the relationship does not correspond to Hildegard Peplau, perceive the older adult with some stereotypes and despite the need to listen does not develop all phases of the relationship, perceive some personal weaknesses To manage the relationship and emotional aspects that arise in it. In addition, in the training process, their personal experiences with older adults and in the academy were significant: the personal development course, the modeling of their teachers and the university seal. They identified deficits of knowledge of the healthy older adult and practical experiences for the acquisition of abilities.

Keywords: Learning, Nurse patients relations, aged, students nursing

INDICE	Pag.
CAPITULO 1: INTRODUCCION	1
CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL	7
2.1 Marco empírico	7
2.2 Marco teórico: epistemológico	15
CAPITULO 3: METODOLOGIA	43
3.1 Diseño de la investigación	43
3.2 Sujetos participantes en la investigación	44
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	44
3.4 Instrumento recolector de información	44
3.5 Recolección de información	45
3.6 Prueba piloto	47
3.7 Análisis de la información	47
3.8 Consideraciones éticas	48
CAPITULO 4: RESULTADOS	50
CAPITULO 5: DISCUSION, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS	62
5.1 Discusión	62
5.2 Conclusiones	68
5.3 Sugerencias	70

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
ANEXOS	77

CAPITULO 1: INTRODUCCION

La investigación que se presenta, ha sido desarrollada como parte del proceso para la obtención del grado de magister de enfermería con mención gestión del cuidado. Su trayectoria se inicia con la reflexión sobre el alcance de la Gestión del Cuidado. Para ello, se analizó su conceptualización, a partir del artículo 113 del Código Sanitario: *servicios profesionales de la enfermera, tendientes a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente* (1).

Estos “servicios profesionales”, a los que alude la definición, al parecer de la investigadora, se centran en una mirada biologicista de la persona cuidada ya que no alude a los ámbitos psicosociales de la misma.

Cabe mencionar, que los cuidados se desarrollan en un marco de relaciones humanas, donde la persona cuidada también manifiesta necesidades psicológicas, sociales y espirituales a la/el enfermera/o y espera que sean satisfechas mediante una relación de ayuda.

Se considera relevante entonces, explicar que el concepto ayudar proviene del latín *adiuvare*, que significa “*provocar alivio*”, es decir ayudar a alguien a sobrellevar una situación. Se habla de relación de ayuda, cuando se hace referencia al modo de ayudar, usando fundamentalmente habilidades relacionales, para que la persona en conflicto descubra sus recursos internos en el afrontamiento de su problema o crisis, del modo más sano posible.

La persona necesitada de ayuda, vive una situación que le supone una dificultad concreta, que solo ella conoce. Esta dificultad, le produce sufrimiento que puede ser expresado de diferentes maneras: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión, rabia u otras. Lo que espera la persona, es que el ayudante comprenda y acepte, ante todo, los sentimientos que está viviendo, que participe de alguna manera de su sufrimiento, que se ponga en su lugar,

con actitud empática y que sienta con él, además que examine junto a él las dificultades y encuentren su sentido y finalmente, que le ayude a buscar “pistas vitales” para salir de su situación (2). Esta ayuda, se lleva a cabo a través de un proceso, en que la misma persona del ayudante se ofrece como recurso, para acompañar en el camino de afrontamiento de la dificultad del ayudado (2).

Al respecto, Carl Rogers, psicólogo humanista, enfatizó en la importancia de una relación intensa, que permitiera a la persona entrar en contacto con sus propios sentimientos, expresarlos, ganar confianza en sí misma y tomar decisiones con respecto a la propia vida, usando sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin paternalismo ni autoritarismo donde se induzca a la persona a buscar el cambio por razones que sean importantes para ella.

Por otra parte, Hildegard Peplau, también establece que el cuidado se centra en la relación interpersonal, siendo esta un proceso psico-dinámico, con el mismo fin (3), añadiendo la importancia que la/el enfermera/o, previamente, comprenda su propia conducta, lo que le permitirá incorporar el significado psicológico de la situación que vive la persona cuidada. Ella concibe esta relación de ayuda en fases, que pueden ser entendidas como la descripción de la técnica para llevar a cabo esta relación en forma terapéutica.

Es interesante mencionar que se ha estudiado que la inadecuada relación es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes (4) y que un 30 a 50% de los pacientes no se adhiere a los tratamientos a consecuencia de ello. También en el estudio: Reflexiones sobre la Relación terapéutica Enfermera-Paciente (5), se indica que existe escasa preparación del personal de enfermería sobre la relación enfermera-paciente lo que lleva a que el profesional pueda encontrar dificultades para afrontar la relación con la persona, aunque según este mismo estudio, los profesionales que logran estar técnicamente preparados tampoco la llevan a la práctica en todo su esplendor. También se analiza que las dificultades en la comunicación que se producen en las relaciones interpersonales, pueden llevar al profesional de enfermería a

evitar el contacto con algunos usuarios o a establecer una relación poco abierta y espontánea, puesto que el profesional no solo debe enfrentarse a sus propios sentimientos sino también a los del usuario y su familia, lo que es difícil, considerando que hay situaciones reconocidas que provocan mayor impacto como: manejar situaciones en que los usuarios manifiestan sentimientos, agresividad, dificultades en la comunicación, etc.

Una vez comprendido el significado de la relación de ayuda, su alcance y su relevancia se desprende que no se trata de una simple relación interpersonal, sino una relación, en que la/e enfermera/o necesita una preparación específica, que involucra conocimientos sobre el significado de esta relación, la forma de llevarla a cabo, las habilidades y actitudes y las características de la persona cuidada según su etapa de vida y cómo estas pueden influir en esta relación.

En virtud de la actividad de la investigadora, como docente de la Escuela de Enfermería, surge el interés por indagar en la formación de pregrado de sus egresadas/os para desarrollar la relación de ayuda, en las distintas etapas del ciclo vital, a las personas que cuidan. Lo anterior, por la importancia que esta tiene en la calidad del cuidado que otorgan los enfermeras/os, su autoestima profesional, la satisfacción de necesidades del usuario y por ende la calidad de vida de los mismos y por qué no decirlo, el prestigio de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Para ello, se analiza el perfil de egreso de la carrera donde se declara, entre otras cosas, que las /los egresadas/dos serán personas que otorguen cuidados de calidad, humanizados, que podrán solucionar los problemas que presentan los usuarios y que respecto de la formación disciplinar en el aspecto relacional, se sustentarán en la Teoría de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau.

Lo anterior, representa una responsabilidad de la Escuela en preparar profesionales que cuenten con los conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan otorgar cuidados de calidad e integrales a las personas, en distintas

etapas de la vida, a través de la Relación de Ayuda o Terapéutica descrita por la teorista.

Considerando que dicha relación, tiene matices diferentes según la etapa de vida de la persona cuidada, sus necesidades y problemáticas específicas, se decidió focalizar esta investigación en la relación de ayuda a adultos mayores. Lo anterior, en congruencia con la situación demográfica de Chile, que se encuentra entre los países con un envejecimiento moderado avanzado y en particular, por la vulnerabilidad de ellos, producto de sus pérdidas, amenazas y necesidad de adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos. Además de representar una preocupación para el Ministerio de Salud de Chile, donde la búsqueda de su bienestar ha servido como guía para definir políticas sociales en el país. A pesar de ello, existe un aumento en las tasas de depresión y suicidio, lo que ha pasado a ser un problema de salud pública (7). En este sentido las/os enfermeras/os tienen un gran desafío, cual es contribuir al bienestar de los adultos mayores y por ende mejorar su calidad de vida, entendiendo este bienestar, entre otras cosas como su autoestima, autonomía, independencia, participación social, donde la relación de ayuda es el camino.

Además, uno de los propósitos establecidos por el Ministerio de Salud, es resolver la mayor parte de los problemas de salud de las personas en los Centros de Atención Primaria de Salud. En este contexto, la/el enfermera/o tiene la oportunidad de gestionar el cuidado de adultos mayores, pertenecientes a familias del sector que le corresponda, representando una red de apoyo para ellos. Cabe considerar, que estos adultos mayores, además de presentar las problemáticas propias de su etapa de vida, en su gran mayoría también presentan problemas económicos, que les dificulta satisfacer hasta sus necesidades básicas más elementales.

Considerando estos antecedentes, surgen las interrogantes acerca de cómo llevan a cabo la relación de ayuda a los adultos mayores las/os egresadas/os de la carrera, lo hacen según lo que plantea Peplau, tienen la preparación que se requiere para ello. Lo anterior, teniendo en cuenta que durante la trayectoria

académica en un curriculum por objetivos, recibieron los contenidos pertinentes en forma parcelada: en los primeros dos años psicología evolutiva y desarrollo personal, luego contenidos referidos al proceso de enfermería en problemas de salud del adulto mayor, donde se relacionaron con ellos en sus actividades prácticas y recién en cuarto año la relación de ayuda y la teoría de enfermería de Hildegard Peplau. Esto, incidió en que estas/os egresadas/os tuvieran pocas oportunidades, previas al internado, para desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores en atención primaria de salud, la que además no fue evaluada formalmente, desconociéndose si poseían la formación de pregrado para efectuarla a cabalidad en el desarrollo de su internado.

Teniendo en cuenta los planteamientos de Cibanal (8), respecto que la relación de ayuda que la/el enfermera/o establece con quienes cuida, tiene una dimensión subjetiva científica y otra intersubjetiva, en la que además intervienen las intersubjetividades de ambos sujetos, a saber: la de la enfermera que cuida y la de la persona cuidada poniéndose en juego sentimientos, valores, creencias y costumbres producto de la construcción social que hacen que cada uno de ellos atribuyendo un significado particular de interpretar la realidad, se decidió realizar la investigación, a través de metodología cualitativa con enfoque fenomenológico, realizando entrevista en profundidad a seis egresadas/os, considerando el hecho que habían finalizado su formación académica y se encontraban próximos al ejercicio profesional.

Se optó por utilizar como referente filosófico, la perspectiva fenomenológica-social de Alfred Shutz, (9) en cuanto a indagar en el mundo vivido por las/los estudiantes, en la intersubjetividad de la relación de ayuda a adultos mayores, intentando conocer, desde su perspectiva, el tipo vivido, significados, motivaciones.

Finalmente, la pregunta investigativa fue: ¿Cómo vivencian la relación de ayuda a adultos mayores las/los egresadas/os de enfermería de la Universidad de Valparaíso en su internado de atención primaria de salud?, y su objetivo: Comprender la formación de pregrado de egresadas/os de enfermería de la

Universidad de Valparaíso, para desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores, a partir del relato de sus vivencias, en internado de atención primaria de salud. Para el logro de este objetivo se estimaron como objetivos específicos:

- Describir el significado que asignan las/los egresadas/os de enfermería, de la Universidad de Valparaíso a la relación de ayuda a adultos mayores en sus prácticas de atención primaria de salud,
- Describir la percepción de las/los egresadas/os de enfermería de la Universidad de Valparaíso, respecto de los adultos mayores como persona ayudada
- Describir la relación intrapersonal de egresadas/os de enfermería de la Universidad de Valparaíso, al establecer relación de ayuda a adultos mayores en atención primaria de salud.
- Describir el proceso de aprendizaje para desarrollar relación de ayuda a adultos mayores en su internado de atención primaria de salud desde la perspectiva de egresadas/os de enfermería de la Universidad de Valparaíso,

CAPITULO 2: MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Empírico:

La relevancia de la relación de ayuda como parte del cuidado, queda de manifiesto al analizar el marco contextual, que sustenta el quehacer de la/el enfermera/o. Es así como, a nivel internacional el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en el Marco de Competencias para la Enfermera Generalista del 2003 (10), manifiesta que la/el profesional, debe aplicar en el cuidado capacidades interpersonales además de los conocimientos, comprensión, juicio, capacidades cognitivas, técnicas y psicomotoras, atributos y actitudes personales.

A nivel nacional, la Comisión Nacional de Acreditación en el documento relativo a los criterios y estándares para la evaluación de carreras de enfermería de 2007, explicita en su competencia mínima específica número siete que la enfermera *“mantenga una relación de ayuda con el paciente y su familia en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida.”*(11)

A nivel local, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, casa de estudio donde se formaron las/os estudiantes informantes de esta investigación explicita entre otras cosas, que se espera que el egresado de la Carrera de Enfermería, sea una persona con vocación de servicio y características personales que le permitan ayudar a la solución de los problemas que presentan los usuarios del sistema de salud. Considera a la Enfermería como una profesión y disciplina científica, con énfasis en la formación humanista, que brinda atención al ser humano en las distintas etapas del ciclo vital a través de una concepción holística de la persona y respecto del desarrollo disciplinar, se basa en teorías de enfermería, considerando para el aspecto relacional del cuidado la Teoría de de Hildegard Peplau.

La formación de pregrado de estos egresados se sustentó en un curriculum por objetivos, con una duración de cinco años, recibiendo en su formación académica diversos contenidos atinentes al fenómeno en estudio. A saber:

- ✓ Psicología (primer año): Características del desarrollo psicológico periodo prenatal hasta la adultez joven aspectos cognitivos y socio-afectivos
- ✓ Desarrollo personal (segundo año): Comunicación y habilidades sociales
- ✓ Enfermería Adulto y senescente I, II (segundo año) necesidad de aprendizaje, reacción ante la enfermedad
- ✓ Enfermería Adulto y Senescente III (tercer año): teoría Hildegard Peplau
- ✓ Salud Mental I (cuarto año): Relación terapéutica, Teorías de Hildegard Peplau.
- ✓ Sociología : Debates en torno al envejecimiento poblacional

Según estos antecedentes, se estima que estos egresados pudieron poner en práctica la relación de ayuda a adultos mayores, recién en el cuarto año de formación académica, periodo en el cual obtuvieron los últimos contenidos requeridos para ello. La evaluación de contenidos se realizó en forma parcelada en cada una de las asignaturas y las habilidades no fueron evaluadas al menos en forma explícita.

Otra instancia para desarrollar relación de ayuda al adulto mayor en sus prácticas, fue el último año de formación académica, cuando los egresados realizaron sus internados. Cabe considerar, que en el ámbito hospitalario no todos ellos tuvieron oportunidad de establecer relación de ayuda a adultos

mayores ya que pudieron escoger área infantil o adulto, sin embargo en la atención primaria, todos tuvieron vivencias semejantes con ellos.

Las prácticas de atención primaria se desarrollaron durante 11 semanas en Centros de Salud Familiar de la V región (CESFAM), de la Corporación Municipal de Valparaíso. Estos centros se rigen por el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, definido como “ *el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz, y oportuna que se dirige más que al paciente o la enfermedad, como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural*”(12). Algunos de los principios de este modelo son: centrado en la persona, integralidad, participación, calidad. Respecto del primer principio mencionado según declara el modelo, se refiere a un modelo de relación del equipo de salud que considera las vivencias y sufrimientos de las personas, familias y comunidades en forma empática focalizando en las necesidades que ellos definan y prioricen. En relación a la integralidad, implica una mirada holística del ser humano es decir, bio-psicosocial, espiritual, cultural y emocional, lo que significa considerar el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. Respecto de la participación, una acción conjunta entre el sistema de salud y la persona, familia y comunidad y finalmente, respecto de la calidad entregar servicios de atención de salud acorde a los atributos valorados por los usuarios.

Respecto de los lineamientos vigentes a considerar en el cuidado del adulto mayor en particular, se encuentra a nivel internacional, los “Principios a favor de las personas de la Tercera edad”(13) promulgadas en el año 1991 por la Organización de Naciones Unidas en su principio número 11 donde declara que: “*las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de*

salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad". Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten a este fenómeno, estableciendo un plan de acción para el periodo 2009-2018 (14); dentro de este plan, la estrategia número dos establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores y el tres que los recursos humanos deben ser capacitados para afrontar las necesidades de las personas mayores.

En este contexto en Chile, desde el año 1990 comenzó a diseñar políticas públicas y acciones en pos de la calidad de vida de los adultos mayores, pero se evidencia la necesidad de establecer un Programa Nacional de Salud para formalizar, estandarizar e integrar las acciones que se realizan y proponen en salud con el fin de contar con una estrategia global que permita disminuir o retrasar la dependencia y mejorar la calidad de vida en esta etapa. En este sentido se aprecia que la atención primaria con sus equipos tiene un rol protagónico por ser la puerta de entrada a este modelo.

Desde el año 2007, en Chile se han trabajado con cooperación técnica, de la OMS y OPS surgiendo el documento: Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Chile para los años 2011-2014, aprobado el 2011 (15). En esta agenda se establecen once objetivos. El objetivo Estratégico N° 4 corresponde a: Reducir la Mortalidad, Morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, con su objetivo específico de "promover el envejecimiento activo y saludable". Se han priorizado tres estrategias para el cumplimiento de los objetivos, entre los cuales se encuentra la mejora de calidad de atención de la población adulta mayor, a través del aumento de resolutiveidad en la atención y la sensibilización y promoción para incentivar el

envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidado a la persona mayor, a través del trabajo intersectorial. Respecto de ello se han desarrollado instancias de talleres y actividades para adultos mayores así como capacitaciones sobre atención integral para los equipos de salud, existiendo además, orientaciones técnicas para la atención en salud de adultos mayores en atención primaria.

También la Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) incluye nueve objetivos estratégicos, (16) donde la mayoría se relaciona con los problemas de salud específicos de este grupo etario. Por su relación con este estudio, cabe destacar el número ocho que se refiere a la mejora en la calidad de atención esperando, entre otras cosas, la disminución en la insatisfacción usuaria.

En el año 2012, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), desarrolla la “Política Integral de Envejecimiento Positivo” 2012-2025 (17) para responder intersectorialmente a las necesidades de las personas adultas mayores cuyos objetivos están dirigidos a proteger la funcionalidad, la integración a la sociedad y el incremento en el bienestar subjetivo. Respecto de este último punto, no se identifican intervenciones específicas.

Se desprende de lo anteriormente señalado, la importancia de incorporar cuidados de enfermería relativos a la esfera psico-social de los adultos mayor en los que la relación de ayuda es el pilar fundamental. Sin embargo, es relevante destacar que una de las actividades donde la enfermera tiene la oportunidad de gestionar el cuidado de adultos mayores, es el control cardiovascular por enfermera/o que en la atención primaria tiene un tiempo asignado de 20 minutos en los cuáles corresponde desarrollar variadas acciones principalmente de la esfera biológica, relacionadas con la patología, siendo en esta actividad donde las/los egresadas/os entrevistados tuvieron mayor oportunidad de vivenciar la relación de ayuda a adultos mayores.

Respecto del perfil de los adultos mayores que se atienden en el sistema público de atención primaria, con los que establecieron relación de ayuda, las/los egresadas/os, se puede considerar algunos datos, de la encuesta CASEN 2011 (18) que indica que un 57% corresponde a mujeres y un 43 % a

hombres, con un promedio de años de escolaridad de 7 años, donde el 9,7% se encuentra en situación de pobreza extrema y el 1,8 % pobreza. Por otra parte, respecto de antecedentes sobre su morbi-mortalidad, el 80% de la carga de enfermedad, corresponde a enfermedades crónicas. Entre las enfermedades causantes de años de vida saludable perdidos (AVISA), en personas de 60 a 74 años el 46,7 % corresponde a tres grupos de patologías: digestivas (17,2%), neuro-psiquiátricas (14,9%)y cardiovasculares(14,4%) y en personas mayores de 74 años las mismas tres , pero en distinto orden: neuro-psiquiátricas (24,9%), cardiovasculares(16,7%) y digestivas (14,2%).

Entre los problemas cardiovasculares, se encuentra principalmente la Hipertensión arterial, diabetes mellitus y síndrome metabólico, entre los neuro-psiquiátricos, el deterioro cognitivo, la demencia, parkinson, trastornos del sueño y trastornos del ánimo y ansiosos, especialmente en mujeres. Por otra parte, es importante señalar que el maltrato es otro problema relevante en este grupo etario, especialmente cuando la persona se torna dependiente.

Estos antecedentes revelan condiciones de vulnerabilidad psicosocial de los adultos mayores, que requieren ser abordadas en la relación de ayuda.

A fin de revisar antecedentes respecto del fenómeno en estudio, se realizó búsqueda bibliográfica, no encontrando estudios que abordaran el fenómeno de la misma manera. Sin embargo, algunos estudian la temática desde otras aristas, que pueden aportar información de interés:

En relación a la formación de enfermeras/os para desarrollar la relación de ayuda, se encontró:

✓ El artículo de revisión: competencias blandas y calidez en enfermería: definiciones, concepciones y características (19), se analizaron trabajos científicos que tenían como objetivo el análisis de la satisfacción del usuario de servicios de salud o su evaluación de la calidad de la atención recibida. Se desprende de ellos, que los atributos que influyen en la calificación, son principalmente las competencias blandas, entre ellas la comunicación, la

confianza, la escucha activa, la cordialidad, amabilidad y el trato tierno acompañado de una sonrisa. Surge entonces que la competencia más relevante es la calidez que trasciende a las otras.

✓ El estudio realizado con el objetivo de analizar técnicas de comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes con diabetes (20). Se concluyó que a pesar del uso de las técnicas de comunicación por los profesionales , no se aprecia la habilidad comunicativa para propiciar el cuidado

✓ El estudio Competencias relacionales de estudiantes de enfermería: seguimiento del programa de intervención(21) se apreció que la aplicación del programa tiene implicancias positivas en el desarrollo de competencias relacionales de ayuda y comunicación interpersonal

✓ El estudio Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapéutica do cuidado (22) se buscó entender cómo se produce la relación enfermera paciente. Los resultados señalan conflictos generados por la diversidad de las experiencias y papeles determinados por la diferencia de percepción de las situaciones, que la formación de la enfermera se centra en el aspecto instrumental de la profesión, que requiere habilidades y actitudes específicas, que dan a las competencias técnicas. Es de destacar, también, que la cuestión de las relaciones interpersonales no se valoran, a pesar de que se consideran esenciales para la humanización de terapéuticas. Se concluyó la necesidad de adoptar acciones coordinadas que minimicen las diferencias y acerquen las personas, colocando el paciente en el centro de su proceso de cuidar, colaborando para un modelo asistencial donde las formas de relación terapeuta-paciente/enfermera-paciente, se configuren en un espacio de interacción activa y crítica en la búsqueda de nuevas práctica.

En relación a la Relación de ayuda, se encontró:

✓ El artículo relación terapéutica: el pilar de la enfermería (6), donde se destaca su importancia en la satisfacción usuaria, la adherencia a tratamiento. Menciona que entre un 30 a 50% de las personas no muestra adherencia en tratamiento a causa de una deficiente comunicación y un retraso en la búsqueda de tratamiento. Por otra parte, destaca la importancia de la enseñanza de habilidades y actitudes para desarrollar una correcta relación terapéutica. autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades, son los requisitos para poder formar a un profesional para poder realizar

✓ El estudio de satisfacción usuaria en un centro de atención primaria de salud Chile 2013 (23), grado de satisfacción global no es óptimo, teniendo como uno de los puntos críticos la satisfacción de sus necesidades en relación a la atención que brinda la enfermera, las que a juicio de los usuarios se cumple medianamente.

En relación a la relación del adulto mayor con la enfermera, se encontró:

✓ El estudio: “Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional” (24), la percepción del cuidado que tienen los adultos mayores de 60 años que asisten a consultas de enfermería es favorable respecto de la deferencia y respeto y mediana mente favorable para las dimensiones asistencia segura, interacción positiva, preparación y habilidad y consideración de la experiencia del otro estas involucran ayudarlo a crecer, demostrar conocimientos y habilidades, responder al llamado, mostrar preocupación y atenderlo primero. Mientras que la percepción desfavorable se relaciona con la dimensión interacción positiva y encierra el no permitirle expresar sus sentimientos sobre la enfermedad, no incluirlo en la planeación del cuidado o no brindarle una presencia tranquilizante.

✓ El artículo: “Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto” (25), que invita a reflexionar sobre la importancia del apoyo social en el bienestar físico y psicológico del adulto mayor, como fuente para llevar a cabo estudios de enfermería tanto en el área asistencial como comunitaria.

2.2 Marco teórico: epistemológico

El fenómeno en estudio dice relación con la formación de pregrado de egresadas/os para desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores. Por ello, a modo de organizar el marco teórico que sustenta este estudio, esta investigadora se planteó ciertos cuestionamientos ¿qué es y en qué consiste la Relación de ayuda, según Hidegard Peplau?, ¿qué formación de pre-grado se requiere para llevarla a cabo?, ¿cómo se lleva a cabo? ¿cuáles son las necesidades de ayuda del adulto mayor a considerar? y finalmente: ¿Cómo aprender a llevarla a cabo?. Siguiendo esta lógica, se indagó en la literatura para responder estas preguntas:

¿Qué es y en qué consiste la relación de ayuda?

Peplau definió la relación de ayuda como una relación terapéutica, es decir una relación interpersonal en que *“el profesional ayuda al cliente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración de nuevas habilidades, perdidas o nunca adquiridas”* (3,8). Para ello, describió cuatro fases:

Primera fase/orientación: La persona tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional. Se inicia con la acogida y consiste en crear un clima de confianza donde la persona pueda encontrarse a sí misma.

Es en la acogida donde se juega la relación de ayuda. Comprende todo lo que el profesional piensa, siente y hace inmediatamente antes de la primera interacción, lo que puede tener consecuencias importantes para las siguientes

interacciones y requiere ser considerado en cada encuentro con la persona ayudada.

El objetivo principal de esta fase consiste en crear un clima de confianza con la persona ayudada a fin de proporcionarle un contexto adecuado para encontrarse a sí mismo. La primera ayuda a ofrecerle es la de una escucha que reconoce y aprueba su existencia y que le ofrece la posibilidad de ser el mismo.

Segunda Fase: Identificación: Si se han logrado los objetivos de la primera fase, se inicia la segunda que consiste en escuchar la demanda a fin de comprender y definir su problema. Aquí es necesaria la participación activa del profesional y la persona.

Tercera Fase, Explotación: La persona cuidada obtiene todo lo que se ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal.

En esta fase la persona debe establecer en conjunto con el profesional, un plan de acción que posibilite el cambio o re-estructuración.

La persona ve lo inapropiado de sus conductas previas y tiene otra visión de la realidad incluso propone nuevos planes o soluciones

La principal función del profesional en esta etapa consiste en reflejar exactamente los pros y contras de distintos objetivos y acciones que la persona vislumbra, para que tenga una visión más objetiva, concreta y realista.

Si durante esta fase la persona logra tomar conciencia que puede contar con sus recursos personales, familiares y sociales, entonces podrá integrar a esta experiencia de crisis como una verdadera experiencia vital que le ayudará a progresar hacia una mayor autonomía y madurez. Desarrollará habilidades y tolerará eficazmente la ansiedad asociada a los cambios de comportamiento.

Una de las tareas importantes en esta fase, es la toma de decisión por parte de la persona ayudada, de la responsabilidad que le corresponde en su proceso de cambio.

Cuarta Fase, Resolución: Durante esta etapa, la persona ha logrado nuevas herramientas de afrontamiento, puede actuar con autonomía. Aun así, puede generar sentimientos de pérdida que serán proporcionales a la implicación que cada uno haya tenido durante la relación.

Cabe hacer notar que esta teoría no enfoca el cuidado en aspectos biológicos sino en los sentimientos y comportamientos de la persona es por eso que se refiere a un proceso psicodinámico donde la enfermera/o es un elemento más dentro del proceso terapéutico.

Junto con describir la Relación de Ayuda o Terapéutica y el proceso para desarrollarla, expresa que la enfermera debe ser capaz , en primer lugar , de entender la propia conducta para poder ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

¿Qué formación de pre-grado se requiere para llevarla a cabo?

Según Bermejo (2), el desarrollo de la relación de ayuda requiere de un conjunto de elementos que el distingue como:

- ✓ Saber: conjunto de conocimientos
- ✓ Saber hacer: habilidades o capacidades para utilizar los conocimientos en la práctica
- ✓ Saber ser: actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre.

Saber: conjunto de conocimientos:

Los conocimientos que se espera posea la /el enfermera/o para llevar a cabo la relación de ayuda, han sido establecidos por la Asociación profesional de

Enfermeras de Ontario (RNAO) en su Guía de buenas prácticas de enfermería, sobre Relación de Ayuda, como sigue (26):

- ✓ Del trasfondo: conocimientos que la enfermera posee antes de conocer al paciente. Incluye conocimientos adquiridos y su propio bagaje vital.
- ✓ De teoría interpersonal y del desarrollo: incluye los conocimientos teóricos que permiten comprender el desarrollo del sentido del yo (¿Quiénes somos?) y cómo este influye en nuestro modo de ser y en nuestras relaciones con los demás. Se puede analizar desde distintos enfoques teóricos: interpersonal, teoría de las relaciones de objeto, teoría del desarrollo, teoría del género y desarrollo.
- ✓ Influencias y factores determinantes de la diversidad: relación entre la justicia social y la diversidad social cultural y étnica. La enfermera debe ser consciente de los efectos de estas diferencias y la influencia que pueden ejercer en la relación terapéutica.
- ✓ Sobre el paciente: el conocimiento sobre el paciente es fundamental, su universo, su historia personal, qué resulta preocupante y significativo para él.
- ✓ Sobre atención sanitaria: conocimientos sobre el problema de salud que presenta el paciente para poder establecer una relación de ayuda efectiva (modelos explicativos de la enfermedad, síntomas , intervenciones estándar y problemas de rehabilitación, fármacos, buenas prácticas de enfermería aplicables a la situación)
- ✓ Sobre factores generales que influyen en la atención sanitaria y en las directrices que la gobiernan: aspectos de contexto que pueden influir como: fuerzas políticas y sociales, expectativas del paciente, comportamiento de los profesionales, accesibilidad, recursos disponibles en el sistema.

- ✓ Sobre el sistema: conocer su funcionamiento para entregar ayuda instrumental al paciente. Así, a través de la relación terapéutica la enfermera puede ayudar al paciente a servirse del sistema sanitario y obtener los servicios que necesita.

Considerando que los egresados entrevistados en este estudio, recibieron durante su formación contenidos basados en la teoría de Hildegard Peplau, se considera pertinente presentar los postulados de la misma, a modo de definición de Relación de ayuda y como una forma de identificar, a través de su análisis, los conocimientos requeridos para desarrollarla.

Una vez analizado el significado y fases de la Relación Terapéutica, de Hildegard Peplau, se desprende que esta se sustenta en aspectos relacionales que transitan desde lo más elemental de la comunicación social hasta aquella que supone un efecto terapéutico de la misma. En ese sentido, cabe considerar en este capítulo, contenidos respecto de comunicación, de relación intrapersonal e interpersonal como base de la Relación de ayuda y posteriormente aspectos más avanzados propias del aspecto terapéutico de la relación.

Comunicación: La palabra comunicación deriva el latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común”. Es la base de las relaciones interpersonales dado que la única forma en que las personas interactúan entre ellos es el intercambio de información. Por lo tanto se puede decir que sin comunicación no hay relación (27).

Los elementos que se pueden distinguir en el proceso comunicativo (28) son el código (sistema de signos y reglas que se combinan con la intención de dar a conocer algo), el canal (medio físico a través del cual se transmite la información), el emisor (quien desea enviar el mensaje) y el receptor (a quien va dirigido)

A menudo y en términos técnicos la comunicación es interpretada como un mero proceso de intercambio de información, pero en pos de garantizar las relaciones interpersonales de la /el enfermero es imprescindible comprender que esta comunicación no es lineal, sino que posee una estructura multidimensional compleja, donde el feed-back es el elemento regulador del equilibrio comunicativo. Desde este punto de vista, el emisor genera un estímulo que viaja, en forma de mensaje codificado, a través de un canal concreto hasta alcanzar la percepción de un receptor, quien descodifica dicho mensaje, lo interpreta y emite una respuesta al mismo.

De este modo, la emisión de una respuesta por parte del receptor primario da lugar a que el emisor primario se convierta, también en sujeto receptor, pudiendo comprobar mediante la descodificación e interpretación del mensaje emitido en forma de respuesta el impacto que su primer mensaje tuvo sobre su interlocutor.

Se han descrito distintos modelos de comunicación humana, entre los que se encuentran: (8)

Modelo de comunicación – acción: En este modelo se tiene una concepción lineal del proceso, existiendo un sentido único: A habla a B, donde A intenta transmitir directamente a B, sus ideas y pensamientos. Hay un emisor, un mensaje y un receptor. El énfasis radica en que A, tenga habilidad para comunicarse y transmita directamente los hechos. Por su parte, B tiene un rol pasivo que no afecta al emisor.

Los errores de comunicación se atribuyen a la escasa habilidad de A para transmitir el mensaje o a B por no ser capaz de comprender el mismo.

Modelo de comunicación-interacción: Este modelo implica que hay dos personas que quieren entrar en relación y cada una debe ser capaz de ponerse en el

lugar del otro. Cada uno intenta percibir el mundo del otro y verlo desde su perspectiva. Es por tanto, un proceso circular.

Modelo de comunicación- transacción: En este modelo, ambas personas son comunicadores a la vez, hay una influencia mutua y no por turnos.

Modelo de comunicación según el interaccionismo simbólico: introducido por Herbert Blumer en 1969 con el fin de describir una conducta distinta del estudio de la conducta humana. Se basa en tres principios filosóficos:

1. El significado que los seres humanos dan a ciertos objetos influyen su relación con los mismos
2. La significación de las cosas de la vida está influida por las interacciones sociales de los individuos
3. La significación de las cosas y los objetos son incorporados y modificados por el individuo a través de un proceso de interpretación con el fin de permitirle afrontar los diferentes acontecimientos de la vida.

Sea cual sea el modelo debe tenerse en cuenta que la comunicación en los seres humanos es un acto propio de la actividad psíquica que deriva del pensamiento, el lenguaje y del desarrollo de capacidades psicosociales de relación.

Por otra parte, los interlocutores deben tener claro su rol.

Rol del emisor: El emisor debe tener en cuenta ciertos aspectos si realmente quiere ser comprendido sin ser interpretado, sin ambigüedad ni tergiversaciones por parte del receptor. Considera:

- a. Expresar el contenido, en forma clara , concreta y específica
- b. Expresar claramente el sentimiento. Este va a dar al receptor la importancia y/o gravedad del problema o de lo que está comunicando.

Dado que los sentimientos son la piedra angular de la comunicación, es importante señalar que se deben respetar y aceptar los de la otra persona y una forma de mostrarle esto, es decírselo. No significa que nos olvidemos de los nuestros. También ayudarle a expresarlos.

c. Expresar la demanda.

Rol del receptor: El receptor debe descodificar el mensaje recibido, es decir escuchar.

La descodificación es el proceso mental del receptor a través del cual descifra el código que ha usado el emisor, con la intención de captar el mensaje que le ha querido transmitir. Esta tarea es compleja, ya que la clave o código utilizado por el emisor no siempre es clara, concreta y específica, sino por el contrario ambigua.

El receptor a la hora de captar el mensaje, lo hace también mediante filtros o maneras de captar la realidad. Entendiéndose como filtros los sentidos, aspectos culturales, sociales, familiares, etc. Considera:

- ✓ Escucha activa: el profesional retro-informa al paciente de lo que oye, demostrando que realmente ha entendido y escuchado sus palabras. Posteriormente expone con palabras lo que ha comprendido para que el emisor lo verifique.

- ✓ feed-back, punto clave para que el emisor se haya sentido escuchado. También llamada respuesta reflejo, se trata de hacer entender al emisor lo que se ha entendido del contenido, sentimiento y demanda

- ✓ actitud empática supone: Capacidad para ponerse auténticamente en el lugar de la persona ayudada y ver el mundo cómo él lo ve. No basta con solo captar y entender sus palabras, sino lo que hay detrás de ellas y los gestos, es decir, los sentimientos y emociones que trata de transmitir con las palabras

✓ Supone también penetrar en ese mundo de percepciones de la persona ayudada y sentirse totalmente a gusto con él. Requiere poseer sensibilidad para captar sus sentimientos y significa vivir en ese momento su vida.

✓ Supone que el profesional transmita a la persona ayudada, como se está sintiendo lo que le ha comunicado.

✓ Significa valorar con la persona ayudada, las preocupaciones y problemas de ella, pasando a ser persona de su confianza, lo que implica dejar de lado en esos momentos nuestros puntos de vista y valores propios para entrar en el mundo de la persona ayudada sin ideas preconcebidas

Lograr esta actitud empática supone que el profesional tenga una comprensión profunda de sí mismo, saber reconocer sus propios sentimientos y no sentirse amenazado o culpabilizado por lo que está sintiendo. Los sentimientos no son buenos ni malos, lo negativo es el comportamiento que se pueda tener a consecuencia de ellos.

Si el profesional comprende bien sus propios sentimientos, si se acuerda de como él se sentía ante situaciones semejantes a las de la persona ayudada, podrá tener una actitud más empática y comprenderá mejor lo que le sucede.

✓ Respeto y aceptación incondicional

✓ Autenticidad

Los aspectos antes señalados, a juicio de esta investigadora, constituyen los contenidos básicos sobre los que se sustenta la relación de ayuda. Ahora bien, para que esta relación sea de ayuda según lo describe Peplau, es necesario especificar las acciones que la definen como terapéutica.

Se habla de una relación terapéutica cuando se hace referencia al modo de ayudar, usando fundamentalmente habilidades relacionales, para que la persona en conflicto descubra sus recursos internos en el afrontamiento de su

problema o crisis, del modo más sano posible. Esta ayuda se lleva a cabo a través de un proceso, en que la misma persona del ayudante se ofrece como recurso, para acompañar en el camino de afrontamiento de la dificultad del ayudado (2).

Por otra parte, Hildegard Peplau establece que para establecer la relación de ayuda, es necesario que la/él enfermera/o tenga primero conocimiento de sí mismo, es decir, tenga una adecuada relación intra-personal.

Ambas formas están íntimamente vinculadas, de manera que en las relaciones que se establecen con otros se refleja la forma en que cada uno se relaciona consigo mismo, y a su vez, esta recibe una fuerte influencia del medio social.

Por lo anterior, es necesario que la/él enfermera/o conozca cómo lograr este autoconocimiento. Cómo proceso implica tomar conciencia del yo consciente y trabajar con las partes desconocidas o inconscientes del mismo para poder conocerse más y mejor. Norris (31) describe el autoconocimiento como el proceso de mirarse a uno mismo los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, habilidades y conductas en el entorno pasado, presente y futuro, en un cambio abierto y honesto. Los elementos que la/el enfermera/o debe autoanalizar son:

1. Sentimientos: reconocerlos, aceptarlos y entenderlos, sin juzgar. Lo importante es controlar los comportamientos resultantes de los mismos y tomar conciencia de ellos para poder hacerles frente y reducir o potenciar sus efectos. Cuando no se es capaz de ejercer un control sobre las emociones y aceptar los verdaderos sentimientos, aparecen en forma camuflada expresados por otras vías ya sea de forma inmediata o retardada a través de comportamientos no deseados o molestias físicas. En este caso es difícil establecer relaciones empáticas y sinceras y tomar decisiones, porque no es consciente de los verdaderos deseos

La enfermera que es capaz de reconocer, aceptar y expresar sus sentimientos es capaz de aceptar y comprender los de los demás.

2. Las creencias, actitudes y valores: forman parte del yo de cada uno, influyen y determinan gran parte de la conducta que la persona tiene para consigo misma y con los demás. Tienen gran influencia cultural y social, por lo que el objetivo principal consiste en reconocer la relatividad de los mismos para considerar las individualidades sin caer en estereotipos o prejuicios sociales en sus relaciones con las personas que cuida. Ser capaz de respetar las creencias de los demás, comprender actitudes diferentes a las propias y aceptar distintas escalas de valores, implica haber sido capaz de identificar y aceptar las creencias, actitudes y valores propios.

3. Necesidades personales: la enfermera puede tener las mismas necesidades de las personas que cuida. Para poder identificar las necesidades de los demás y poder ayudar a otros necesita tener identificadas y cubiertas sus propias necesidades de todo tipo. Cuando no es así puede estar enfocada en las propias que en la de los otros interfiriendo con ello, en el objetivo del cuidado y también es necesario que haya sabido resolver sus propios problemas. Implica ser capaz de reconocer los problemas que se le presentan en lugar de negarlos y adoptar una actitud optimista ante los mismos, considerando que las dificultades pueden superarse y resolverse. De esta forma puede ayudar a otras personas a identificar sus problemas, estimular y participar con ellos en la búsqueda de soluciones altamente satisfactorias.

¿Qué ayuda necesita el adulto mayor?

El proceso de envejecimiento se produce de forma muy diferente en cada persona, puesto que influyen factores intrínsecos de la misma persona, factores ambientales y sociales, por lo que sus necesidades de ayuda pueden ser variadas, pero en términos generales en esta etapa se producen cambios que son comunes (29). Estos son estructurales, funcionales, psíquicos y sociales.

Para efecto de esta investigación, se considerarán los cambios físicos relativos al sistema nervioso y especialmente los psíquicos y sociales que la/el profesional enfermera/o necesita conocer para comprender el comportamiento y necesidades propias del adulto mayor.

Respecto de los cambios cabe hacer notar que en el Sistema Nervioso se produce una disminución del peso del cerebro, cambios estructurales y disminución del volumen de las neuronas, las arterias cerebrales disminuyen su luz y se vuelven rígidas, los pequeños vasos se vuelven más tortuosos, la neurotransmisión y el flujo cerebral disminuyen en determinadas regiones, por ello existen cambios funcionales a nivel somato-sensorial, motor, cognitivo, afectivo y de la fisiología del sueño. En el ámbito psicológico se producen cambios a nivel cognitivo y psico-afectivo. Si bien es cierto la inteligencia no disminuye, se produce una alteración de la inteligencia fluida (capacidad de resolver problemas), conservándose la inteligencia cristalizada (el vocabulario y conocimientos generales) hasta edades muy avanzadas; la memoria inmediata suele conservarse, aunque la capacidad de procesar información disminuye, por su parte, la memoria reciente presenta un deterioro moderado en la codificación y recuperación de la información aún cuando, se conserva para aspectos relacionados con la historia personal, la atención selectiva se mantiene y se deteriora levemente la capacidad para alternar la atención y filtrar interferencias, se deteriora la fluidez verbal, mientras que la capacidad fonética y la comprensión permanecen estables o se deterioran minimamente, la capacidad visuo-espacial: el reconocimiento de caras o e imágenes simples se conserva; posiblemente se deteriore la orientación topográfica en situaciones poco familiares, respecto del pensamiento abstracto, es posible un déficit en la formación de conceptos y capacidad de establecer categorías y completar series, el razonamiento: se conserva en situaciones con las que está familiarizado, pero puede verse afectado en la resolución de problemas complejos, existe una menor eficacia en las estrategias de planificación de

situaciones complejas, la velocidad de pensamiento se enlentece disminuyendo el procesamiento de la información. En cuanto a los cambios psico-afectivos: se afecta la personalidad y esta a su vez influye en la forma de envejecer. Esta se mantiene bastante estable a lo largo de la vida, aunque en la ancianidad algunos rasgos suelen acentuarse, pudiendo verse afectada por diversos factores: estado de salud, entorno familiar, pérdidas afectivas, cambia el autoconcepto por el efecto de enfermedades crónicas, limitaciones físicas, deterioro corporal, pérdida de posición económica, social, cambios de domicilio, duelos frecuentes e incertidumbre ante el final de la vida.

Junto con los cambios mencionados hay un nuevo sentido de la vida. Adquiere relevancia la toma de conciencia de la propia mortalidad; este hecho hace que la persona anciana reorganice el tiempo y la memoria de los momentos vividos en el pasado.

Por otra parte los cambios sociales de rol y económicos influyen en la autonomía y estatus del adulto mayor lo que puede constituirse en un factor negativo para su salud mental y por ende gravitar sobre las relaciones interpersonales que establezca.

El patrón de relaciones que adopta el adulto mayor tiene mucho que ver con el estilo de vida previo y el número y tipo de relaciones que haya formado, con su estado de salud, condiciones sociales, estructurales y culturales. Paralelamente se identifican dos tipos de cambios aparentemente contradictorios, que caracterizan el patrón de relaciones más frecuentes en esta etapa de vida. Por un lado, se observa que las personas reducen el número y tipo de relaciones que mantienen respecto a etapas anteriores. Por el otro, se ha encontrado que, con frecuencia, a partir de la jubilación las personas aumentan el tipo de actividades y roles que desempeñan, también dependiendo del grado y tipo de actividades desarrolladas con anterioridad.

Hay varias teorías que ayudan a explicar las relaciones sociales durante esta etapa. La primera, teoría de desvinculación social de Cumming, Henry y Diamanopoulos (30) explica la reducción de las relaciones. Consideran que lo hacen voluntariamente como una forma de adaptarse a la nueva situación, en concreto a la pérdida de energía vital y a la conciencia de estar al final de sus vidas. Por otra parte, la teoría de la actividad explica lo opuesto pues considera que la persona desarrolla nuevos roles y por este motivo aumenta la frecuencia de relaciones con personas de su misma edad. Carstensen explica el patrón haciendo una integración a través de la teoría de selectividad socio-emocional enmarcándose en el contexto del envejecimiento exitoso. Esta autora plantea que en la vejez las personas seleccionan activamente a sus amistades. Debido a la certeza de estar al final de la vida, la función emocional de las relaciones es la más importante y motiva a las personas a buscar relaciones afectivas positivas y aquellas que promuevan la mejor adaptación a esta etapa de la vida minimizando el riesgo de experimentar emociones negativas, así como también las que constituyan un apoyo social en situaciones adversas.

Otro aspecto social que influye en el adulto mayor son los estereotipos hacia ellos, que se transmiten en forma pasiva y activa y se adquieren en forma temprana. Esto favorece a que se desarrolle una visión homogénea y simplificada de las personas en esta etapa de vida; que se generen expectativas de conductas diferenciales que se consideran normativas y, que se reduzcan las oportunidades de intercambios y relaciones interpersonales multi-generacionales.

A pesar que los estudios muestran que los adultos mayores son víctimas de prejuicios, es importante destacar que existen condiciones que actúan como moduladores de forma que en ciertas condiciones pueden prevenir el uso de estereotipos. La primera es que los estereotipos actúan en mayor medida cuando se carece de información personalizada, en segundo lugar la simple activación del estereotipo no es condición suficiente para que se aplique. Devine

(30) propone un modelo secuencial de estereotipia que señala esta distinción. En una primera fase se activa el estereotipo, activación que es incontrolable y, con frecuencia, ni siquiera es detectada por la persona. En un segundo momento se forma la impresión de la persona (estereotípica o no). Al entender la estereotipia como proceso que se produce en fases, puede indagarse sobre los factores que pueden interrumpir esta secuencia ya que por ejemplo se ha demostrado que estar motivado para no ser prejuicioso hace menos probable el uso de estereotipos aunque se hayan activado.

Enfrentamiento a los efectos adversos del envejecimiento: Es importante destacar que las personas en esta etapa de la vida han sufrido a adversidades por lo que se espera hayan adquirido estrategias para afrontarlas. Como se dijo antes, la identidad social está comprometida por lo que es importante que posean alguna que le permita mantener una imagen positiva de sí mismos a pesar de conocer los estereotipos y actitudes negativas que despierta el envejecimiento.

Todos estos cambios pueden verse asociados a problemas de salud mental ya sea como algo concomitante o bien, como efecto de los cambios propios de la etapa de vida. En este sentido es relevante a considerar, por las enfermeras/los enfermeros al establecer la relación terapéutica con adultos mayores, es que entre un 10 a un 40% de las personas mayores de 65 años presenta en algún momento síntomas depresivos y un 3,6 % presenta ansiedad. Entre las personas depresivas, un 47% presenta además un trastorno de ansiedad y el 26% que presenta trastorno de ansiedad cumple criterios de depresión mayor. Por otra parte, las tasas de suicidios se incrementan en mayores de 65 años y alcanzan el punto más alto alrededor de los 85 años. Respecto de este tema los intentos de suicidio son menos frecuentes, pero los suicidios consumados se incrementan sobre todo en los varones. El intento suele ser bastante impremeditado e impulsivo, precipitado por acontecimientos aparentemente poco importantes, de forma que las personas cercanas no

detectan cambios llamativos en la persona. Estas patologías de salud mental tienen como factor de riesgo, entre otras cosas, los cambios psico-afectivos y sociales stresantes.

Queda de manifiesto que hay variados aspectos relacionados con la etapa de vida que pueden incidir en la necesidad de ayuda al adulto mayor, representando crisis a las que la/el egresada/o pudo verse enfrentada.

B. Habilidades o capacidades de utilizarlos en la práctica (“saber hacer”)

Para desarrollar la relación de ayuda, no basta con poseer los conocimientos antes descritos. Es posible que una /un enfermera/o los posea, pero no tenga las habilidades necesarias para llevarla a cabo.

La Real Academia española: define habilidad como la capacidad para hacer algo y su adquisición consta de dos componentes: el cognitivo y el subcognitivo. La parte cognitiva es el cómo-hacerlo, es adquirir el conocimiento sobre lo que se quiere aprender. Por otro lado, el componente sub-cognitivo es la modificación de la habilidad que ocurre con la práctica y se da de manera automática.

A juicio de esta investigadora, después de hacer un concienzudo análisis del significado y alcance de la relación de Ayuda descrita por Peplau, las habilidades necesarias se pueden organizar en niveles de complejidad. Es así, como podría decirse que a medida que la relación avanza, acorde a las fases descritas con anterioridad se requiere de mayores habilidades. Estas serían de lo más simple a lo más complejo: habilidades sociales, habilidades comunicativas, habilidades emocionales, habilidades para motivar el cambio de conducta y habilidades terapéuticas.

Habilidades sociales (32): definidas como un conjunto de hábitos o estilos (que incluyen comportamientos, pensamientos y emociones), que permiten

mejorar las relaciones interpersonales, sentirse bien, obtener lo que se desea y conseguir que los demás no impidan los objetivos planteados. También se puede definir como la capacidad de relacionarse con los demás en forma tal que se consiga un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto, como a largo plazo. El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. Destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales.

El sistema social donde se socializan las personas es el que proporciona las estructuras para la interacción social, definiendo las reglas de comportamiento y los modos de acción. Los conceptos de organización, poder, autoridad, status y toma de decisiones definen características importantes de este sistema. Dentro de él se encuentran también las creencias, actitudes, valores y costumbres que se transmiten culturalmente a través de sistemas sociales tales como la familia o la escuela.

Habilidades comunicativas: herramienta básica para la relación interpersonal y a través de ella se elaboran las emociones y se estimulan los cambios comportamentales. Es esencial una escucha activa prestando la máxima atención a los mensajes verbales y no verbales del usuario interrumpiendo lo justo para no detener su discurso. Preguntar qué tal se encuentra, pedir aclaraciones a lo que se haya entendido, sintetizar lo que el usuario ha comentado, ayuda a que se sienta escuchado y comprendido.

Habilidades emocionales (34): se trata de reconocer las emociones propias que afloran en la relación así como permitir al cliente que exprese abiertamente lo que siente. Frenar la expresión de las emociones genera aislamiento y desesperanza. El cliente extrae la conclusión de que lo que es importante para él no lo es para su terapeuta y disminuye la capacidad terapéutica del vínculo. Muchas veces no se indaga en las emociones del otro porque produce miedo a que resuenen con las propias y no las podamos manejar. Por eso es tan

importante conocerse y escucharse para poder después conocer, escuchar y ayudar al otro.

Estas habilidades emocionales se sustentan en la Inteligencia emocional y sus manifestaciones son:

- ✓ autopercepción de las emociones y su monitoreo permanente
- ✓ expresión adecuada de las emociones
- ✓ Reconocimiento de las emociones del otro
- ✓ Relaciones emocionales adecuadas
- ✓ Postergación de gratificación e impulsos en pro de las metas.

Habilidades de motivación para el cambio de conducta: En lo referente a la motivación para el cambio de conducta, es esencial saber reforzar de manera natural y auténtica, creíble, las conductas funcionales y adaptativas de la persona. Muchas veces le cuesta apreciar sus propios progresos. Así mismo, es importante preguntar qué es lo que quiere conseguir y cuándo, estableciendo conjuntamente los objetivos y concretando a qué se compromete para alcanzarlos. Es necesario que la persona se comprometa con su propio proceso que él mismo elige.

Habilidad terapéutica: la habilidad para el uso terapéutico de sí mismo corresponde (35) a la manera de interactuar, atender y animar a los pacientes. Para mejorar esta habilidad de utilizarse terapéuticamente, es importante primero, sentirse bien consigo mismo ya que no se puede ser terapéuticamente eficaz si la vida personal está alborotada. Los pacientes son capaces de sentir el malestar emocional de sus cuidadores por ello es importante ser consciente de los propios sentimientos y actitudes y de qué forma afectan a la relación.

El uso terapéutico del yo es la habilidad del terapeuta de ser consciente de sí mismo y del paciente y hacerse cargo de lo que este comunica. Es tan

importante como las técnicas y conocimientos y muchas veces marca la diferencia entre el éxito y el fracaso de la relación terapéutica.

En el proceso de desarrollo de las habilidades mencionadas, se esperaría que los estudiantes de enfermería accedieran a la carrera con habilidades sociales básicas como un primer peldaño de la formación necesaria para la relación de ayuda.

C. Actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con la persona que sufre o en crisis(“saber ser”)

Las actitudes (31) forman parte de la personalidad y corresponden a la organización de los sentimientos, creencias y valores, así como la predisposición de una persona para comportarse de una determinada manera ante objetos sociales de su entorno, ya sea personas reales o imaginarias, hechos significativos concretos o abstractos. Es decir, la existencia de una motivación y una actuación para aproximarse, alejarse o evitarlo.

Las actitudes no son innatas, se forman o aprenden a partir de la relación con otras personas, grupos, instituciones. Es así como la influencia de la familia de los grupos de pertenencia y referencia, el sistema sociocultural en que se desenvuelve, configuran las actitudes de la persona. También nacen, desaparecen, se transforman pudiendo cambiar en función de las experiencias personales.

Están organizadas por una estructura formada por componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales.

Componente cognoscitivo: se refiere al conocimiento que se posee sobre algo o alguien pudiendo no ser real y no ajustarse a las características y/o cualidades propias del mismo

Componente afectivo: se refiere a la carga afectiva que se deposita sobre un determinado objeto social.

Ambos componentes están muy vinculados entre sí, ya que a medida que aumenta la afectividad hacia algo o alguien aumenta el interés por conocerlo mejor o al revés: mientras más conocimiento del objeto mayor carga afectiva se le otorga.

Componente relativo a la conducta: corresponde a la tendencia a actuar o reaccionar comportamentalmente de un cierto modo con respecto al objeto conocido y afectivo. Sin embargo esto no siempre es congruente, pues los componentes cognitivos y afectivos pertenecen a la esfera privada de la persona, mientras que la conducta es pública y está sujeta a la presión social, haciendo que el comportamiento, a veces no sea el deseado sino el adecuado a las normas sociales.

Por otra parte, el comportamiento también puede estar influenciado por factores de personalidad que hacen que las personas actúen más de acuerdo con componentes cognitivos/emocionales que otras. Es así como las personas con mayor autoconocimiento reaccionan adecuándose a las circunstancias y al contrario, las de que tienen menor autoconocimiento en relación a los componentes cognoscitivos/afectivos, manifestando abiertamente a través de su conducta las actitudes que poseen ante determinada situación.

El hecho que las actitudes se formen a través de la experiencia de la persona, hace que estas tengan un carácter relativamente estable y duradero por su contenido emocional y la influencia del ambiente social especialmente si son reforzadas y/o reforzadas por el grupo al que se pertenece. Aun así y a pesar de la complejidad que conlleva, se estima que estas podrían cambiarse considerando la variabilidad de las mismas (31).

Ahora bien, las actitudes consideradas por Rogers (2) fundamentales para desarrollar la relación de ayuda son: la comprensión empática, la consideración positiva o aceptación incondicional y la autenticidad o congruencia. A estas tres

Charkhuff agrega : la especificidad o concreción, la confrontación, la inmediatez y la autorrevelación

Ellos plantean que cuando el “ayudador” cumple estas tres condiciones y el ayudado las percibe, se produce el movimiento terapéutico: la persona comienza a cambiar, produciéndose que ambos consideren que han alcanzado un resultado exitoso.

La comprensión empática: Según Bermejo esta actitud es más importante que los conocimientos y las habilidades al ejercer la relación de ayuda ya que es la que promueve el cambio terapéutico en la relación con la persona en crisis. Es la disposición de una persona a ponerse en la situación existencial de otra, a comprender su estado emocional, a tomar conciencia íntima de sus sentimientos, a introducirse en su experiencia y asumir su situación. Es como un sexto sentido, una forma de penetrar en el corazón del otro. Es ponerse a sí mismo entre paréntesis momentáneamente. Se trata de transmitir comprensión, no solo comprender, hacerle ver que le hemos comprendido. Es fruto de una disposición interior que tiene que ver con los valores del ayudante, más que con una atracción sensible.

Se trata de una percepción particularmente fina y sensible de las manifestaciones del otro. Se trata además de un esfuerzo intenso por sintonizar con el otro: ¿qué significan para él sus manifestaciones?, ¿qué siente el otro?, ¿Cuál es su mensaje profundo. Se trata de una percepción sensible, empática, sin prejuicios, sin juicios de valor, exacta, del mundo interior del otro.

La consideración positiva, incondicionada y afectuosa de la persona:

Según Rogers es: *“la acogida calurosa del enfermo con sensibilidad humana y con visión positiva del mismo. La aceptación incondicional supone un estar a favor del enfermo por encima de todo, estar por él, por su persona, más allá de sus compromisos”*.(2)

Significa la aceptación sin condiciones de todo el presente, el pasado y el futuro de la persona, de su modo de expresarse y de vivir, sin reservas ni valoraciones.

Sentirse aceptado es una necesidad experimentada por todos en cualquier relación interpersonal profunda, pero sobre todo por alguien que necesita ayuda y espera la modificación de algo en su propia persona, en su propia vida.

Requiere del terapeuta una notable capacidad de amor, lo que implica tener un buen nivel de autoconciencia, de liberación de la ansiedad, de autoestima, de unificación de la personalidad y de autonomía, puesto que estos son, en el fondo los efectos del auténtico amor en la relación de ayuda. No significa que exista una aceptación sistemática de cualquier comportamiento, no es la tolerancia como sinónimo de piedad, por la persona que está en dificultad y cuyos sentimientos negativos con relación al terapeuta no se consideran, al contrario, una no común capacidad de permitir a una persona ser totalmente ella misma y de serlo totalmente a su modo.

Cuando el ayudado percibe esta actitud, se siente en una atmósfera de seguridad y es el mismo y camina hacia la autoaceptación.

La confianza y consideración positiva: La relación que tiende a promover en la persona la madurez se inspira en una concepción positiva y optimista de la naturaleza humana, valoriza los recursos de la persona. La relación de ayuda se basa, fundamentalmente en el presupuesto que toda persona posee una capacidad energética suficiente para que pueda existir y madurar en su identidad. Es así como en una relación basada en la desconfianza el terapeuta resulta ser una figura dominante, dada su competencia, autoritario y protector; el paciente tiene un rol sometido y pasivo y, dado su estado de necesidad, ha de aceptar la ayuda.

El que tiene confianza en una persona, no se pone nunca por encima de ella, no la juzga, no la domina, no la humilla ni acobarda. En la persona existen cualidades desconocidas y por tanto no apreciadas; si alguien las nota y las

pone de manifiesto se gana al instante la simpatía y produce autoestima y seguridad.

La “consideración positiva incondicionada” es sinónimo de amor profundo y este es: comprensión, aceptación, benevolencia y respeto.

Autenticidad, congruencia interna, transparencia: Se consideran como sinónimos sinceridad, espontaneidad, coherencia interior, lucidez. Es la resultante de dos factores: la posibilidad que cualquier sentimiento del terapeuta emerja en el campo de la conciencia y sea reconocido y aceptado; su disposición a comunicar al paciente tales sentimientos a fin de instaurar una relación auténtica. Se trata de entrar en la relación con toda la propia personalidad, excluyendo así la distancia entre lo que siente interiormente y lo que manifiesta exteriormente". Esta autenticidad abarca tanto los sentimientos del ayudado como lo comunicado por parte del ayudante. De ahí la necesidad de la libertad interior de ambas partes para comunicar, incluso cuando se da la confrontación de ideas entre ambos. La confrontación, siempre que el centro de la misma sea el ayudado, es favorable, ya que "expresa el deseo de que crezca y sobrepase las contradicciones utilizando al máximo los propios recursos". El resultado de esta confrontación es la toma de conciencia por parte del ayudado de ciertas contradicciones que le impiden avanzar en su afrontamiento o crecimiento. Se dará una mayor autenticidad cuando los dos interlocutores se auto revelen de forma sincera consigo mismo y con el otro.

Respecto de las actitudes que agrega Charkhuff:

La concreción, busca que la persona tome contacto con las vivencias de un modo claro, concreto y específico, para ello se requiere que el terapeuta realice preguntas específicas dirigidas a ello.

La confrontación, busca que la persona tome conciencia de su problema con los demás o consigo mismo. Esta actitud debe llevar a la persona a darse cuenta de sus propias contradicciones, frente a la situación que está viviendo.

La inmediatez, busca que la persona se sitúe en el momento que está viviendo la relación de ayuda, participando con el terapeuta.

La autorrevelación, corresponde a la libertad del terapeuta de revelar, cuando lo considere oportuno, aspectos personales que vayan en beneficio de la ayuda a la persona.

¿Cómo se lleva a cabo la relación de ayuda?

Charkhuff plantea que se realiza en tres fases:

Fase de auto-exploración: Aquí la persona a ayudar debe explorar su mundo interior, descubriendo y tomando conciencia de sus miedos, dificultades. Para ayudar, el terapeuta debe motivarlo a ello, aceptar y acoger su mundo emotivo, debe escuchar activamente y mostrar a la persona ayudada que comprende su situación.

Fase intermedia: autocomprensión: la persona comprende mejor su situación, reconoce en qué punto se encuentra y hacia donde quiere ir o necesita para sentirse mejor. Para ayudar el terapeuta utiliza las actitudes de personalización, confrontación e inmediatez.

Fase resolutive o de acción: la persona ayudada en conjunto con el terapeuta toman se comprometen hacia la resolución del problema. Una pregunta que puede realizar a la persona a ayudar es: ¿qué podemos hacer para resolver el problema, ahora que lo tenemos claro?, se visualizan las posibilidades con sus ventajas y desventajas, fijando una línea de acción.

¿Cómo aprender a llevar a cabo la relación de ayuda?

Las/los egresados entrevistados, necesitaban contar con los conocimientos, habilidades y conductas revisados, mediante un proceso de enseñanza aprendizaje desarrollado durante su formación académica. Es decir, la adquisición e integración en su registro comportamental, de las nuevas conductas y respuestas, considerando que el aprendizaje es un fenómeno habitual, un proceso en interrelación estrecha con las distintas situaciones que propone la vida (36).

En este caso se trata del aprendizaje de una manera diferente de relacionarse, que transita desde una relación social a una relación de ayuda o terapéutica. Se entiende entonces, que hay un aprendizaje de relación social que la/él egresada/o adquirió antes de iniciar su formación de pregrado, a través de sus experiencias de vida y que posteriormente en la vida académica, a través de las instancias de aprendizaje, orienta hacia la relación de ayuda o terapéutica.

Es importante considerar, que el proceso de aprendizaje se puede situar desde distintos paradigmas, a saber: conductista, cognitivo o ecléctico (36).

Paradigma Conductista: el aprendizaje es, ante todo un cambio, efectivo en la conducta observable de la persona que se logra a través de la práctica sin considerar el efecto de la maduración ni condiciones circunstanciales. Cabe desatacar los planteamientos de Bandura, respecto a que no todos los aprendizajes se realizan por el reforzamiento de conductas ya realizadas, destacando la importancia de la observación para después imitar lo que hacen otros que sumado a la adquisición de conductas nuevas, permitirá la inhibición o desinhibición de conductas sociales previamente aprendidas. Define el aprendizaje como la reproducción mental activamente elaborada por el observador, de un modelo que ejecuta alguna acción o sufre las consecuencias de alguna acción, sin que sea necesario que el observador ejecute la conducta, es decir, basta que la persona observe en otra persona (modelo), la conducta y

sus consecuencias positivas, para que se produzca el aprendizaje. El efecto primario del refuerzo es dar información acerca de las circunstancias que en el futuro probablemente proporcionen refuerzo. El reconocimiento de la recompensa actúa para proporcionar motivación al sujeto para actuar.

Uno de los aportes de este paradigma a la educación es haber destacado la responsabilidad del educador, al poder manejar los refuerzos y castigos para guiar el aprendizaje del educando. En este sentido el profesor es responsable de la instalación y refuerzo de conductas de favorecer el aprendizaje siendo un modelo.

Paradigma Cognitivo: Su postulado básico plantea que los seres humanos conocemos el mundo mediante totalidades y no a través de fragmentos. De alguna manera los seres humanos nos enfrentamos a la multiplicidad de estímulos que conforman la realidad cotidiana, ordenándolos de manera que tengan un sentido en base a las que se denominaron leyes de forma (Gestalt, en alemán). El conocimiento por lo tanto, es una síntesis de la forma y el contenido de las propias percepciones con que la persona construye constantemente su visión de la realidad. Esta visión es necesariamente relativa y se ve influida por los mecanismos de percepción del sujeto, su historia personal, su actitud y motivación en cada momento de la vida. Uno de los conceptos centrales es el “aprendizaje por insight”. Entendiéndose por insight o discernimiento repentino, el momento y la capacidad de reconocer (construir) la relación que subyace a una serie de estímulos presentados al sujeto. Esta relación siempre se encuentra potencialmente en la situación estimular que el sujeto capta, sin embargo, es en un momento preciso en el cual dicha relación “salta a la vista” y el sujeto toma conciencia de ella. Este discernimiento repentino se produce por un cambio en las condiciones del ambiente y/o en el procesamiento que el sujeto hace de la información que está a su disposición.

Según este paradigma, el aprendizaje es un proceso activo, constructivo y, sobre todo, dependiente de procesos mentales de quien aprende, por ello es importante destacar que el estímulo por sí solo no da cuenta de la respuesta. En este sentido, cobra relevancia los planteamientos de Ausubel respecto del “aprendizaje significativo”, quien establece que el aprendizaje conduce a un cambio en el significado de la experiencia. Lo anterior, está dado porque la experiencia humana no solo implica pensamiento sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto se capacita a la persona para enriquecer el significado de su experiencia.

Entonces, lograr que el estudiante cambie el significado de sus experiencias durante su formación académica depende de varios elementos, entre ellos: como enseña el profesor, estructura de los conocimientos que conforman el curriculum y el modo en que este se produce y el entramado social en que se desarrolla el proceso educativo. Todo esto se desarrolla en un marco psicoeducativo, es decir los fundamentos psicológicos que explican la naturaleza del aprendizaje en el lugar en que se produce y los factores que influyen para que este se produzca.

Ausubel plantea en su Teoría del Aprendizaje significativo, que el aprendizaje del estudiante depende de su estructura cognitiva previa, que se relaciona con la nueva información, entendiendo “estructura cognitiva” como el conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización. Por tanto, para iniciar el aprendizaje el profesor debería conocer la estructura cognitiva del estudiante, no solo la cantidad de conocimientos, sino también los conceptos y proposiciones que maneja y su grado de estabilidad. Esto puede ser usado en beneficio del aprendizaje. Ausubel considera que este, es el factor más importante que influye en el aprendizaje.

Una aprendizaje es significativo cuando las nuevas ideas se relacionan con algún aspecto existente en la estructura cognitiva del estudiante que ya es significativo para el (subsunsor), con los que la nueva información pueda interactuar. Es decir, que el aprendizaje significativo se produce una conexión, que podría explicarse como “un anclaje” del conocimiento nuevo con el previo. En la medida que esto se produzca y los nuevos conceptos sean aprendidos significativamente podrán modificar los iniciales, produciéndose un cambio en la estructura cognitiva respecto del tema tratado.

En este sentido, la/el egresada/o trae consigo ciertas habilidades adquiridas en sus experiencias de vida respecto de la forma de relacionarse socialmente con adultos mayores, representando estas el subsonor, donde los contenidos que reciba y las actividades prácticas que realice se “anclarán”.

Respecto de la forma de aprender, podemos encontrar el aprendizaje por descubrimiento y por recepción. En el primero, lo que va a ser aprendido no se da en su forma final, sino que debe ser re-construido por el estudiante antes de ser aprendido e incorporado en su estructura cognitiva y en el segundo, el contenido se entrega en su forma final, para que internalice o incorpore el material, para que pueda reproducirlo en un momento posterior. Ambas formas podrían ser mecánicas o significativas dependiendo de la manera como el nuevo conocimiento sea almacenado en la estructura cognitiva. Aun así, Ausubel plantea que a pesar que fenomenológicamente el aprendizaje por recepción es más sencillo, implica un alto nivel de madurez cognoscitiva.

Por otra parte, Ausubel establece requisitos para el aprendizaje significativo, a saber: que el material sea potencialmente significativo, que el nuevo conocimiento tenga un “significado psicológico”, para el estudiante y que el estudiante tenga disposición para relacionar de manera sustantiva y no literal el nuevo conocimiento en su estructura cognitiva.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Para el logro de objetivos de la investigación se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, analítico y comprensivo a fin de comprender los hechos y fenómenos relacionados con la formación de pregrado de egresadas/os de enfermería para el desarrollo de la relación de ayuda a adultos mayores.

El paradigma empleado para realizar esta investigación fue la fenomenología, cuyo foco es conocer las experiencias de la persona en relación con un fenómeno en particular. En este caso, la formación de pre-grado para desarrollar la relación de ayuda, analizando e interpretando los hechos que se producían en la interacción de las/lo egresadas/os con los adultos mayores al vivenciar dicha relación, en sus prácticas de internado en atención primaria de salud, siendo esta intersubjetividad la base del conocimiento que fue posible producir. Entendiendo la intersubjetividad como un proceso que abre un espacio común entre dos personas que se revelan respecto de sus propias visiones del mundo y que ordenan de acuerdo a los significados que atribuyen a sus experiencias

El referente filosófico considerado para cimentar ésta investigación fue Alfred Schütz (9) y su teoría de comprensión de la acción social, cuyo interés es estudiar las estructuras de la vida cotidiana buscando las experiencias del ser, captando la realidad social del individuo dentro de su mundo vida (tipo vivido), el cual es un mundo compartido, intersubjetivo. El concibió el mundo de las personas, como un mundo de significados, cuyo sentido y significación es construido por ellas mismas.

Para indagar en las vivencias de las/los egresadas/os, se les realizó entrevista semiestructurada, grabándolas y transcribiéndolas, para luego realizar análisis del contenido de sus discursos.

3.2 Sujetos participantes del estudio:

Los sujetos participantes del estudio correspondieron a egresadas/os de la carrera de enfermería durante el año 2013, dado que en esta etapa habían finalizado su formación de pregrado y con ello sus experiencias desarrollando relación de ayuda a adultos en atención primaria.

3.3 Selección de los sujetos

Se realizó una selección intencionada de los sujetos del estudio, para lo cual se ubicó telefónicamente a cada uno de los integrantes del grupo de egresadas/os, que habían estado a cargo de esta investigadora durante el primer semestre en la realización de su internado en Atención Primaria de Salud. Se hizo de esta manera, por considerar que existía un vínculo más cercano y que existiría mayor posibilidad para que aceptaran participar en el estudio.

Una vez que contestaban la llamada y aceptaban participar del estudio, se les ofrecía acudir a donde ellos dispusieran o a una oficina de la Escuela de enfermería, en horario a su conveniencia para la realización de la entrevista.

3.4 Criterios de Inclusión y exclusión

Se incluyó a:

Egresadas/os con su internado de APS realizado en la primera rotación.

Egresadas/os con examen de título rendido y aprobado

No se establecieron criterios de exclusión.

3.5 Instrumento recolector de información:

El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada, que consideraba una pregunta de apertura de la entrevista de carácter abierto, para permitir que las/os entrevistadas/os relataran sus vivencias al desarrollar la relación de ayuda a adultos en atención primaria de salud. La pregunta orientadora de

apertura fue: ¿podrías relatarme cómo fue tu experiencia al establecer la relación de ayuda a adultos mayores durante tus prácticas de atención primaria?.

Se consideró además, un listado de temas de manejo de la investigadora, que permitieran ahondar en aspectos de interés académicos tales como: proceso enseñanza-aprendizaje, aspectos teóricos de la relación de ayuda, aspectos relacionados con características y necesidades de los adultos mayores.

3.6 Recolección de la información:

Se realizaron seis entrevistas. El tamaño del grupo se conformó por criterio clásico de saturación de los significados emergentes (37) es decir, los datos aportados se repetían sin producir elementos nuevos que contribuyeran a la comprensión del fenómeno.

Todas las entrevistas fueron realizadas en una oficina de la Escuela de Enfermería, ya que los entrevistados optaron por asistir a este lugar. El lugar fue especialmente acondicionado para ello, asegurando la privacidad, iluminación, ventilación y comodidad.

Los discursos fueron grabados en una grabadora digital SONY ICD-P630F, comenzando la grabación mencionando el número de la entrevista, según el orden en que se realizó (entrevista número 1, entrevista número 2 y así sucesivamente).

En el momento de realizar la entrevista se solicitó firma de consentimiento informado y se explicó en líneas generales el estudio, considerando los fundamentos de la entrevista fenomenológica, con el objeto de no inducir las respuestas. La duración de las entrevistas varió entre 20 a 35 minutos finalizando cuando expresaron no tener nada más que decir, acerca de la experiencia. En ninguno de los casos los participantes expresaron su deseo de

suspender la entrevista antes que esta llegara a su fin, contrariamente dieron muestras de mucho interés en participar.

Durante el desarrollo de la entrevista se formularon algunas preguntas orientadoras de apoyo, con el fin de estimular la verbalización, focalización y clarificación de lo expresado, cuando abordaban algún tema de interés y previsto por la investigadora. Siendo ejemplo de ellas: ¿puedes relatarme algo más?, ¿puedes profundizar en eso?, puedes explicarme eso?. Por otra parte, también se consideró la comunicación no verbal como la orientación espacial hacia el entrevistado, la mirada, los asentimientos con la cabeza y el uso de los silencios.

Una vez que el entrevistado guardó silencio o manifestó haber terminado, se le preguntó si tenía algo más que agregar, al responder que no se agradeció su participación.

Para el procesamiento de datos se siguieron los siguientes pasos:

- ✓ Transcripción, en forma íntegra, de cada entrevista
- ✓ Enumeración de cada entrevista desde E1 a E6, acorde al número asignado al grabarla (al comienzo de la entrevista se mencione número de entrevista).

Cabe considerar que a fin de resguardar la calidad de la investigación se tuvo especial cuidado en considerar el principio de credibilidad establecido por Leininger y Calderón (40). Se refiere a la verdad tal como la conocen, experimentan o sienten las personas estudiadas, para lo cual se solicitó a las/os egresadas/os que leyeran la transcripción de sus entrevistas y confirmaran si correspondían a lo que expresaron en el momento de la entrevista.

3.7 Prueba piloto:

Se aplicó, como prueba piloto, la entrevista a 2 estudiantes de cuarto año, escogidos al azar, resultando adecuado el instrumento para los objetivos de la investigación, por lo que no se realizaron modificaciones.

3.8 Análisis de información:

En esta investigación se realizó análisis del contenido de los discursos, con el fin de llegar a comprender el fenómeno estudiado: la formación de pregrado de las y los egresadas/os a través de la comprensión del contenido de sus discursos al relatar sus vivencias en la relación de ayuda a adultos mayores. El camino para llegar a ello, se realizó según los planteamientos de Luz Angélica Muñoz y Alacoque Lorenzini Erdmann (38), para investigaciones que se sustentan en Alfred Shultz como referente filosófico:

- ✓ Análisis detallado del contenido de los discursos, con el fin de captar el sentido general de lo expresado. Para ello, se realizó al menos tres lecturas del material transcrito identificando que las/los egresados, en sus relatos, se refirieron en términos generales a la descripción de la relación de ayuda que realizaron y al proceso cómo la aprendieron en sus vivencias académicas
- ✓ Identificación del contenido de los discursos que surgen con mayor relevancia y agrupamiento de acuerdo a convergencia de significado atribuido a la experiencia, basado en el levantamiento de Unidades de Significado y categorías concretas. Para ello, cada entrevista transcrita se codificó como E1 hasta E6 según orden en que se realizaron, se vació en una tabla de dos columnas. La primera destinada para el discurso con líneas numeradas donde se marcaron, con lápiz destacadador, las unidades de significado y la segunda para codificar, donde se le asignó un concepto a cada unidad, acorde a objetivo del estudio.

Posteriormente, se traspasaron a otra tabla las unidades de significado agrupadas según convergencia, se realizó su reducción fenomenológica y se asignó un concepto definitivo a la categoría.

Finalmente se confeccionó cuatro tablas, cada una de cuatro columnas, para organizar todos los resultados (anexo1). Cada tabla se tituló con el nombre de la categoría y sus columnas correspondían a dimensión, sub-dimensión, unidad de significado y reducción fenomenológica

- ✓ Establecimiento del significado del acto social que representa la percepción del sujeto con base en lo típico que ha expresado en sus discursos, con el fin de conocer la tipología vivida. Para ello, se analizó el contenido de cada categoría, con la intención de interpretar como realizan la relación de ayuda a adultos mayores y el sustento que poseen para ello, desde un punto de vista académico.
- ✓ Comprensión y descripción de la forma en que el fenómeno se visualiza, para realización del análisis completo. Para ello, finalmente se contrastó el tipo vivido por las/los egresadas/os con lo que sería una vivencia ideal de la relación de ayuda al adulto mayor y la formación de pregrado para lograrla.

Cabe mencionar que la triangulación de la información, se realizó con los estudiantes de v año entrevistados, a través de la lectura de la transcripción con el fin que confirmaran la correspondencia con lo que quisieron transmitir durante la entrevista.

3.9 Consideraciones éticas:

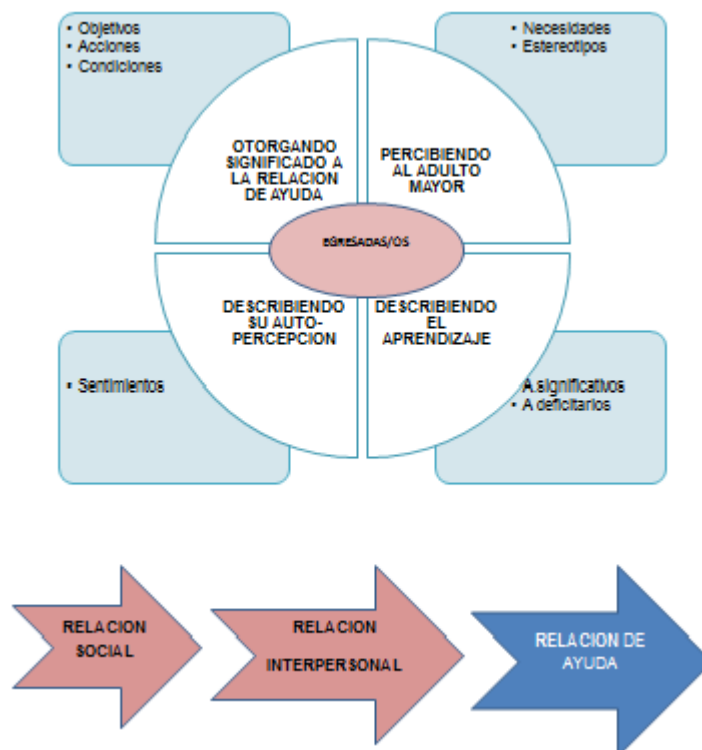
Durante la trayectoria de desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta consideraciones éticas (37). En primer lugar y respecto del procedimiento, se solicitó autorización, a través de una carta, a la Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso para la realización de entrevistas a

las/os egresadas/os año 2013. También se solicitó a CAPSI su apoyo para realización de contención psicológica en caso que se presentara algún caso de afectación psicológica producto de la entrevista (anexo 2). Con estos documentos y Anexo 20, se sometió el proyecto de investigación a revisión y aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siendo aprobado en el acta número 8 de julio de 2013 (anexo 3). Posteriormente y previo al desarrollo de las entrevistas, se solicitó la lectura y firma de consentimiento informado a cada una/o de las/os entrevistadas/os que participaron de la investigación donde, entre otras cosas, se les aseguró su privacidad, confidencialidad, anonimato y la opción de retirarse en cualquier momento. También se consideró previamente, como criterio de inclusión, que los entrevistados ya hubieran rendido su examen de título, puesto que la entrevistadora podía formar parte de la comisión de examen de título y el haber aceptado participar de la investigación pudiera generar alguna expectativa en los internos, respecto de los resultados de dicho examen o representar una relación de poder de la investigadora hacia los entrevistados.

Otro aspecto ético que se tuvo en cuenta, fue el relativo a la conducta del investigador. En este caso, respecto de las entrevistas se realizaron a través de una pregunta, sin guiar la respuesta, siendo fiel a lo descrito respecto de la técnica para un estudio fenomenológico. Una vez obtenidas, fueron transcritas en forma íntegra sin alterar su contenido y luego presentadas a cada entrevistado con el fin de asegurar que se ajustaron a lo que quisieron decir. Finalmente, al realizar su análisis se realizó fielmente respecto de lo expresado por los entrevistados, para evitar el sesgo, distanciándose de los propios prejuicios y pensamientos acerca de lo expresado, es decir tratando de situarse en el contexto de la situación vivenciada por las/os egresados. Además las entrevistas fueron leídas y analizadas por la profesora guía de esta investigación con el fin de comparar los resultados obtenidos.

CAPITULO 4: RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación están constituidos por cuatro categorías, cuyos nombres fueron asignados en congruencia con el objetivo de la misma. A su vez, las categorías están divididas en dimensiones y en algunos casos en sub-dimensiones que dicen relación con las unidades de significado.



4.1 CATEGORIA: OTORGANDO SIGNIFICADO A LA RELACION DE AYUDA AL ADULTO MAYOR

4.1.1 Dimensión: Objetivo de la relación

Respecto del objetivo de la relación, se aprecia divergencia en los discursos, ya que las/los egresadas/os orientan la relación de ayuda a distintos niveles de satisfacción de necesidades del adulto mayor:

E1 ... Siempre he tenido el pensamiento que uno tiene que entregarle todo los beneficios del consultorio para que el paciente se sienta integrado.

E3... pero si de buscarle la forma para que se sienta mejor

E 2...darle las herramientas para que ellos aprendan a manejarse mejor

4.1.2 Dimensión: Acciones que comprende.

Las/los egresadas/os al relatar las vivencias de su relación con adultos mayores, realizan una descripción de las acciones que comprendió la misma, durante sus prácticas de internado, relevando aquellas correspondientes al proceso comunicativo, que forman parte de las relaciones interpersonales generales, es decir la empatía y la comprensión del problema.

E3... creo que lo primordial es tratar de establecer la empatía con el usuario... tratar de ponerse en el lugar de él, tratar de entender lo que nos está explicando.

E2...entender la situación en la que ellos están, el entender de repente en base a las cosas que ellos dijeron a lo que uno observa, las cosas que son importantes para ellos

Respecto de la comprensión del problema del adulto mayor, se aprecian divergencias. En algunos casos las/los egresadas/os consideran que son ellas/ellos quienes deben comprender y solucionar el problema de la persona, lo que no corresponde al aspecto terapéutico de la relación

E3..entonces tratar de buscar como la soluciones posibles que a lo mejor no van a ser en el momento pero si a largo plazo.....

E2.. pero sin caer en el pobrecito, que pena su vida, sino que es más como ok, esta es tu situación, esto es lo que lo está desencadenando esto es lo que puedo hacer yo para poder ayudarlo

En otros casos, visualizan que es la persona quien debe encontrar la solución al problema o adquirir herramientas que le ayuden a afrontarlos:

E2...ayudarlos a empoderarse de su situación, en la medida de lo posible..

E4 trataba de explicarle a la persona, que la persona tiene que ayudarse, uno lo puede aconsejar pero la persona tiene que hacer algo por si misma.

4.1.3 Dimensión: Condiciones necesarias

4.1.3.1 Sub-dimensión: Habilidades

Las/los egresadasos relevan la necesidad de contar con habilidades relacionales.

E6...porque si me está llorando porque se le murió el hijo o porque volvió el hijo y él quiere estar solo, siempre son los típicos problemas que existen, yo no puedo quedarme allí pucha que pena, animo, no, uno debe tener herramienta de conversar o por ultimo si no sé qué decirle llevarlo a otro tema, hacer un seguimiento hacerle sentir que me preocupa

E5.. Creo que si uno es tímido no va a llegar a ninguna parte como enfermero no a no ser que trabaje en un lugar aislado sin tener una relación con nadie

E6...Aquí una persona introvertida o sea quizás pase quizás pueda llegar a ser enfermera pero la recepción que se va a dar a la persona no va a ser es la misma o sea para los demás tu no vas a ser tan buena enfermera, porque ese carisma que tienes que tener, esa personalidad de saber llevar una conversación.

Habilidades sociales:

E 5....Perderle ese miedo de hablar con una persona extraña aunque sea más joven , más vieja que uno, un niño o adulto, perder ese miedo a entablar una conversación con alguien que uno nunca ha visto en la vida y de saber cómo llegar a esa persona.

Y también habilidades comunicacionales:

E5.. escucha mucha capacidad porque en lo que más se centra la gente

E1...en un CESFAM donde claramente la población tiene un menor nivel educacional uno tiene que hablar más específico porque la población lo requiere más, también si es un lugar periférico de más vulnerabilidad uno tiene que ser más simple aún en sus explicaciones...

4.1.3.2 Sub-dimensión: Actitudes

Las/los egresadas/os en sus discursos, dan cuenta de actitudes de aceptación incondicional:

E4..la señora estaba molesta pero con el cariño que uno le entrega, se le pasa

E4... pero hay que tener paciencia una vez me fui bien tarde por quedarme conversando pero yo prefería que la persona se fuera contenta yo me emocionaba con eso,

E5... adecuarse mucho con la otra persona yo a veces cuando estoy resfriada, enferma, cansada tengo mil cosas que hacer pero uno sabe adecuarse a situación de la persona a pesar de todos los problemas que lleva consigo

También de empatía:

E6... Eso de no involucrarse no sirve de nada no sirve, no sirve para mí porque esa es una teoría tan fría, porque uno tiene que estar allí

4.2 CATEGORIA: PERCIBIENDO AL ADULTO MAYOR COMO PERSONA AYUDADA.

4.2.1 Dimensión: Necesidades

En la intersubjetividad de la relación las/los egresadas/os perciben a través de las acciones o actitudes del adulto mayor, que este necesita la escucha por sobre los cuidados de la esfera biológica:

E4.. me saque el delantal conversamos un rato y luego le tomé la presión y le había bajado, me di cuenta que necesitaba escucharla más que nada

E5 el adulto mayor quiere eso... que uno la escuche, no necesariamente que se tomó los medicamentos, pero sí que la escuche lo que ha pasado en el día y lo que ha hecho.

E6...la gente sabe que está bien, la gente lo hace todo, la gente se toma los medicamentos, lleva a su control pero la gente lo que quiere es escucha, a eso va al control, y a mayor edad más escucha requiere

4.2.3 Dimensión: estereotipos

Las/los egresadas/os perciben en primera instancia al adulto mayor en base a estereotipos sociales:

E1... con todas las mañas que tiene un adulto mayor

E1...tienen esos prejuicios sobre la gente joven, tienden a creer que por lo general uno cuando joven no sabe, son muy llevados de sus ideas ...

E2... Muchos de ellos tienen aprehensiones con su cuerpo, con el examen físico a veces, a veces es un poco con la calidad de la persona y también lo hacen notar que ellos cuentan que uno es inexperto cuando dicen que les cuesta atenderse con gente joven, porque de repente no te toleran mucho, no les tienen paciencia, no se sienten escuchados...

E2... es un poco ambivalente, de repente son un poco paternalistas, pero por otro lado también se vuelven como autoridad...

4.3 CATEGORIA: DESCRIBIENDO SU RELACION INTRAPERSONAL

Durante la entrevista, las/los egresadas/os develan como se sintieron consigo mismos al desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores. Relatan sus sentimientos y la autoevaluación de sus competencias para ello.

La relación interpersonal, produce una influencia recíproca en los interlocutores. En este sentido, la acción de relacionarse con el adulto mayor ejerciendo un rol profesional de ayuda, hace emerger en los estudiantes sus sentimientos frente a las propias expectativas del rol:

4.3.1 Dimensión: Fortalezas y debilidades.

Las/los egresadas/os, a través de sus discursos muestran divergencias en este aspecto. Para algunos fue fácil relacionarse con los adultos mayores y para otros difícil:

E5... La verdad es que no me cuesta

E3... Es difícil, creo que en un principio cuesta bastante porque es una de las cosas que más cuesta en las primeras prácticas sobre todo, como empezar a relacionarse con el paciente

E2 ... porque las limitaciones físicas están allí, uno las ve, pero la parte psicológica no, me cuesta llegar a los aspectos internos, me costaba pasar esa barrera, me costaba porque hay personas que se muestran poco reactivas, poco interesadas y eso es porque uno no sabe llegar y de repente adquirir esas herramientas faltaban esas herramientas para aprender a relacionarse con ellos.

4.3.2 Dimensión: Emociones

La relación con los adultos mayores produjo distintas emociones en las/os egresadas/os de enfermería. En este sentido, los estudiantes evalúan la situación el adulto mayor de una forma negativa:

E6... Para mí fue muy triste el CESFAM por lo que le digo, porque es una realidad super triste la de los adultos mayores que están solos: existe familia, existe red, pero es como invisible.

A pesar de ello, experimentan emociones gratas al percibir que sus acciones han sido efectivas o han sido capaces de resolver algún problema del adulto mayor:

E1 ...cuando termina el control es un tema como de retribución de decir no me levanté mal en la mañana , de verdad pude hacer algo por la persona...

E6... yo me iba contento cuando dejaba a una persona feliz, fue un buen día .

4.3.3 Dimensión: desafíos

Las/los egresadas/os de enfermería perciben el desafío de establecer la relación de ayuda de forma profesional y validarse ante el adulto mayor como tal,

especialmente por la diferencia generacional que existe entre ellos. Se infiere que se siente insegura/o ejerciendo el rol:

E1... en un desafío de .. yo que siempre me vi más chica ahora tenía que entregar cuidados a alguien mayor que yo...

E1 ...pero siempre fue el desafío de poder valorarme yo como que en el fondo que ellos me vieran como una profesional a futuro como una persona que en el fondo es capaz de entregarles un juicio clínico, de tener un criterio respecto a sus problemas de salud, a sus problemáticas.

4.4 CATEGORIA: Describiendo su aprendizaje para desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores

Al reflexionar sobre sus vivencias estableciendo la relación de ayuda con adultos mayores, las/os egresadas/os se refieren a su proceso de aprendizaje para establecer la relación de ayuda a adultos mayores

4.4.1 Dimensión: Aprendizajes significativos:

4.4.1.1 Sub-dimensión: Experiencias personales:

En el transcurso de las entrevistas las/os egresadas/os se desvían del foco central de la pregunta inicial, para recordar y relatar las vivencias personales que fueron significativas para ellos en su socialización primaria para las relaciones interpersonales, recuerdan las experiencias personales vividas con adultos mayores atribuyendo a ello el hecho que no tengan dificultad para relacionarse con estos:

E5...para mi establecer una relación con una persona, independiente con quien sea no me cuesta desde chica nunca me ha costado, entonces creo que influye mucho las experiencias personales.

E1...mi familia por lo general, son más adultos mayores por eso se me hizo más fácil por un tema como más de empatía hay una facilidad en el trato por lo tanto siempre se me hizo más fácil.....

Esto es efectivo, ya que las relaciones sociales se aprenden en primaria instancia el seno de la familia (7).

4.4.1.2 Sub-dimensión: Clases

Respecto de las clases, otorgan importancia a las de Desarrollo Personal

E2... Creo que para mí, o sea, por ejemplo otra cosa que es super importante: clases, desarrollo personal, por ejemplo...

En esta asignatura las/los egresadas/os recibieron contenidos relativos a comunicaciones y relaciones interpersonales a través de clases y talleres vivenciales.

4.4.1.3 Sub-dimensión: Laboratorios

En sus relatos hacen referencia al aprendizaje logrado en los laboratorios realizados, donde les correspondió el cuidado de adultos mayores. Cabe hacer notar, que los objetivos de los laboratorios, decían relación con el proceso de enfermería a las personas y no se hacía mención explícita a la relación de ayuda y tampoco era evaluada, lo que da cuenta de un aprendizaje a través de la vivencia de relacionarse con el adulto mayor:

E3.. uno a través de las prácticas clínicas ya sea intra- hospitalaria o no, va desarrollando ciertas habilidades

E2... para relacionarse con ellos yo creo que haber tenido una experiencia previa trabajando con adultos mayores, esa experiencia me ayudo a verlos un poco más como personas...

4.4.1.4. Sub-dimensión: Docentes

Otro aspecto que las/los egresadas/os relevan en su aprendizaje acerca de las relaciones interpersonales, dice relación con los estilos relacionales de sus docentes.

E5.. que la personalidad de los profesores de una otra forma hace que el estudiante crea un molde

E6... las docentes que uno va conociendo en el camino, cada una tiene algo. Uno siempre tiene que sacar algo de cada una, lo subjetivo, la bondad, etc

4.4.1.5 Sub-dimensión: Institución:

Otro aspecto que las/os egresadas/os incluyen en su reflexión es el sello de la institución. Cabe hacer notar que este aspecto no se encuentra en forma explícita en el currículum de los estudiantes pero es declarado en el perfil de egreso y en la visión y misión de la Universidad y la Escuela y de alguna manera las/los estudiantes han hecho parte de sí el sello y los valores que pretende entregar la Universidad.

E6.. la escuela da bastante aportes respecto a eso , en cuanto a esas herramientas, a adquirir empatía a clarificarlo de que se trata , a saber el cuidado humanitario que uno debe tener siempre

E1 ... Ahora yo creo que para que uno llegue a esto se necesita capital Humano, valores aunque igual nos forman en valores en la escuela pero no

todos los estudiantes llegan con todo lo necesario, creo que sería buen como hacer un balance al principio...

E5... creo que la parte humana es muy importante y eso también es otro sello que da la universidad: la parte humana no la técnica que la puede hacer cualquier persona, la parte humana está bien marcada, la parte social de la enfermería encuentro que es bueno en relación a otras carreras de enfermería.

4.4.2 Dimensión: Aprendizajes deficitarios

4.4.2.1 Sub-dimensión: Sobre el adulto mayor

Las/os egresadas/os percibieron déficit en los conocimientos sobre adulto mayor para relacionarse de mejor manera con ellos, aduciendo que los conocimientos entregados se focalizaron en aquellos relacionados con las patologías propias de la etapa de vida, y no en las características y condiciones de un adulto mayor sano:

E2...siempre siento que falta más, la bibliografía es de las alteraciones propias de ellos, síndromes geriátricos pero del adulto mayor sano o del seguimiento del adulto mayor sano no hay mucho o del seguimiento del adulto mayor sano no hay no hay mucho y siento q me faltaba...

E3...considero que hay una debilidad en la formación de la parte del control ambulatorio en lo que es la formación de pregrado, como que siento que no se profundiza mucho en el trato que uno debe establecer con los pacientes, como que estamos muy focalizados a la atención de la persona enferma, pero al momento que llega un paciente que está compensado y que está con un relativo buen estado de salud como que uno queda como un poquito sin saber lo que hacer..

E3...las cátedras están enfocadas a la parte más de la patología como que al final si tiene que ser integral, pero al abordar un problema puntual creo que aquí

está el déficit. Entonces creo que sobre todo en la parte de atención primaria haría eso, como más talleres prácticos.

4.4.2.2 Sub-dimensión: Sobre relación de ayuda

Los conocimientos respecto de la relación de ayuda, recuerdan haberlos recibido como algo teórico, pero no la forma práctica de llevarla a cabo, reconociendo que hay aspectos subjetivos de la misma que se aprenden con la experiencia y que debió tratarse en los primeros años:

E3 y también cambiar eso de ver en los primeros años el tema de la ayuda al paciente, la relación terapéutica es como ir aprendiendo en el camino

E4.. .. si bien en las cátedras lo imparten, no lo profundizan porque tampoco se puede enseñar, en mi opinión es algo difícil de enseñar por ejemplo en ciertas situaciones hay que tener paciencia y ser flexible y en otras no

E4.. ahora a uno le dicen en la escuela debe ser empático , pero no le dicen tiene que hacer esto, esto y esto para ser empático , que hay que escuchar etc, es como decir el título , pero no los capítulos, es más que nadadeberían darse más ejemplos.

CAPITULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión:

La discusión de los resultados obtenidos se aborda a continuación, considerando las categorías resultantes:

CATEGORIA: OTORGANDO SIGNIFICADO A LA RELACION DE AYUDA AL ADULTO MAYOR:

Al relatar sus vivencias las/los egresados se refieren al objetivo de la relación, las acciones realizadas con el adulto mayor y las habilidades que se requieren para llevarla a cabo. Se puede interpretar a partir de estos resultados, que las/los egresados, salvo una excepción no otorgan a la relación de ayuda su verdadero significado, es decir el alcance terapéutico de la misma. Al respecto, cabe recordar que según la definición de Hildegard Peplau: *“el profesional ayuda al cliente a evaluar sus experiencias interpersonales actuales, a fin de progresar en la elaboración de nuevas habilidades, perdidas o nunca adquiridas”* (31). Es así como en el artículo de revisión: Relación Terapéutica: El pilar de la profesión (6) se expresa que, lo que se intenta con este vínculo, es hacer tomar conciencia al paciente de las armas que tiene para poder afrontar su proceso de enfermedad.

A pesar de esto, en las acciones que realiza se aprecia la importancia que asignan a la comunicación, lo que es adecuado puesto que la comunicación es la base de las relaciones interpersonales ya que sin comunicación no hay relación. Lo anterior, porque en el proceso comunicativo además de transmitir un mensaje, se produce un impacto a nivel conductual, en el receptor (39), en la medida que cambia la realidad de este (aspecto conativo de la comunicación), de allí que la comunicación efectiva es fundamental para iniciar el proceso terapéutico. Es así como en descripción de las dos primeras fases de la

Relación de ayuda postulada por Hildegard Peplau, se encuentran estas acciones.

Respecto a este tema, cabe agregar que en una revisión integrativa realizada en 2012 sobre la comunicación enfermera/paciente (40), se concluye que la comunicación es un proceso vital para el desarrollo del ser humano, y cómo se lleve a cabo es fundamental para afrontar las situaciones cotidianas o extraordinarias de una manera u otra, es decir, la respuesta a dichas situaciones estará condicionada por la forma en que se produzca dicha comunicación, y esto tendrá como consecuencia el afrontamiento eficaz o ineficaz a dichas situaciones.

Las/os egresadas/os, reconocen la importancia de contar con habilidades sociales, relacionales y emocionales para llevar a cabo la relación de ayuda lo que concuerda con el estudio. *Habilidades relacionales: necesidades sentidas por los estudiantes de enfermería* (41). En él, estudiantes de segundo año de la carrera indican que tienen un concepto de cuidar en Enfermería centrado en la ejecución de tareas y técnicas de enfermería en vez de en la cientificidad del saber en Enfermería y, que globalmente saben que un mayor desarrollo personal, un mejor conocimiento de sí, será determinante para el bienestar personal y social y serán buenos profesionales.

Respecto de las actitudes, se aprecia que asignan importancia a actitudes de aceptación incondicional y consideración empática, relacionadas con las primeras fases de la relación pero no a aquellas relacionadas con el ámbito terapéutico.

CATEGORIA: PERCIBIENDO AL ADULTO MAYOR COMO PERSONA AYUDADA.

Las/os egresados en sus relatos describen su percepción del adulto mayor como persona a ayudar. Detectan principalmente necesidad de escucha por parte de ellos, por encontrarse sin red de apoyo. Efectivamente como plantea

Carstensen en su teoría de selectividad-socio-emocional, (30), para los adultos mayores, debido a la certeza de estar al final de la vida, la función emocional de las relaciones es la más importante y motiva a las personas a buscar relaciones afectivas positivas y aquellas que promuevan la mejor adaptación a esta etapa de la vida minimizando el riesgo de experimentar emociones negativas, así como también las que constituyan un apoyo social en situaciones adversas.

Es importante destacar, que uno de los factores de riesgo de depresión y por ende, de suicidio en el adulto mayor son las dificultades que enfrentan en la comunicación, de allí la importancia de escucharlos activamente. Esto se ha evidenciado en estudios tales como el de Riesgo de depresión y Factores asociados en adultos mayores en Antioquia, (41), que concluye que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento.

Por otra parte, cabe hacer notar que caracterizan al adulto mayor con algunos estereotipos. Los estereotipos consisten en un marco cognitivo que describe los pensamientos y creencias de una persona con respecto a grupos sociales específicos (42). No todos los estereotipos incluyen características negativas, incluso algunos pueden ser reales. El problema surge cuando son incorrectos ya que pueden interferir en las relaciones interpersonales al no admitir información contradictoria.

Es así como el estudio: Efecto de los estereotipos acerca de la vejez en la atención a adultos mayores concluye que los estereotipos respecto de adultos mayores son su alta sociabilidad y baja competencia, y que estos tienen efecto en la atención del equipo (43)

Por otra parte, el estudio: Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro (44), identificó la prevalencia de estereotipo negativo hacia el adulto mayor en un 65%

El SENAMA (45) menciona que respecto de la vejez, se conocen visiones positivas y negativas. La visión positiva se relaciona con la valoración de las personas mayores como sabias, cargadas de experiencia, merecedoras de respeto y con gran influencia sobre los más jóvenes y la visión negativa se relaciona con una persona físicamente debilitada, muchas veces dependiente y socialmente aislada. Esta visión negativa dificulta el “buen envejecer” y limita la integración de los mayores a la sociedad.

CATEGORIA: DESCRIBIENDO SU RELACION INTRAPERSONAL

Las egresadas/os hacen una reflexión respecto de su relación intrapersonal en la intersubjetividad de la relación. Algunos perciben debilidades y otros sus fortalezas para relacionarse con el adulto mayor. Es esperable que las personas tengan distintas respuestas en las relaciones interpersonales, dado que la facilidad o dificultad depende de factores propios de la personalidad, experiencias de éxito o fracaso y por las condiciones del medio en que ha desarrollado su proceso de socialización (7). Se reconoce en este caso, la disparidad en la socialización primaria de los estudiantes de enfermería, pero también llama la atención que la socialización a través de la formación académica no produjo una homogeneidad en este aspecto.

Cabe hacer notar que tanto las fortalezas como las debilidades son consideradas en sus capacidades para la relación interpersonal, no en el aspecto terapéutico de la misma.

Respecto de las emociones, también hay disparidad que es propio del ser humano, ya que estas son respuestas subjetivas al ambiente que van acompañadas de respuestas neuronales y hormonales y que disponen a la acción. La emoción se produce por la evaluación cognitiva del acontecimiento y la respuesta corporal o fisiológica derivada de ella. Es importante recalcar que las emociones positivas, constituyen un refuerzo positivo respecto de sus

competencias ya que, tener un auto-concepto positivo en el desempeño del rol, aporta seguridad y a la vez proporciona nuevos recursos personales.(7)

Finalmente las/os egresados perciben como un desafío el actuar y mostrar una imagen profesional ante el adulto mayor. Esta situación es esperable en enfermeros novatos, más aún en estudiantes que aún no egresan y están viviendo sus primeras experiencias ejerciendo el rol en forma autónoma. Como establece Patricia Benner, en su teoría de novata a experta, la enfermera novata recién comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones de baja complejidad (46).

CATEGORIA: DESCRIBIENDO SU APRENDIZAJE PARA DESARROLLAR LA RELACION DE AYUDA A ADULTOS MAYORES

En el relato de experiencias de las/los egresados, se aprecia convergencia en la importancia de sus vivencias personales en la relación con adultos mayores, para el éxito en su relación con ellos, durante las prácticas profesionales. Según las consideraciones de Ausubel (36), se comprende que estas experiencias, forman parte de la estructura cognitiva de las y los egresadas/os para relacionarse con los adultos mayores

Posteriormente, en su formación académica han incorporado otros elementos para aprender respecto de la relación de ayuda. En este proceso han sido significativos algunos contenidos de la asignatura desarrollo personal, la observación de actitudes de sus docentes, las experiencias de relación con adultos mayores en laboratorio y el sello humanístico de la Institución. Llama la atención, que los aprendizajes significativos respecto de la relación de ayuda, desde la perspectiva de los estudiantes, ha sido adquirido principalmente a través de instancias informales y formalmente sólo la asignatura Desarrollo Personal dejó una huella en el proceso de formación profesional, es decir que los conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar la relación de ayuda

que estas/os egresadas/os poseen, han sido incorporadas por ellas/os sin una planificación ni en forma intencionada por las docentes.

Esto concuerda en algunos aspectos con lo expresado en el artículo de revisión: *La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente* (47), se establece que la capacidad para hacerse entender, la habilidad para la negociación, la sensibilidad para abordar malas noticias son aspectos inherentes a la práctica clínica, muy poco adquiridas y más de forma intuitiva que promovidas en la formación y cuyo buen desarrollo influye notablemente en el resultado final.

En este sentido es importante considerar que las habilidades se adquieren a través de la repetición de las experiencias, pero el logro de ellas requiere que la situación de aprendizaje haya sido planificada (36).

Otro aspecto a considerar respecto del proceso de aprendizaje de estas/os egresados es el modelaje de sus profesoras. Al respecto, Bandura menciona que la observación es una de las formas de aprendizaje más simples del ser humano. (36). En este sentido es importante destacar la importancia que tiene que el docente reconozca y regule su propia conducta como profesor y persona, al tiempo que estar abierto a la retroalimentación que le entregan los propios educandos.

Es importante señalar que para que se produzca el aprendizaje (36) se requiere considerar al que aprende, la situación de aprendizaje, incorporando en esta al que enseña y las características del medio del sujeto que aprende.

En este caso el medio en que estas/os egresadas/os aprendieron y que dejaron huella fue la Institución con su sello humanista. Pero el hecho de haberse formado en un curriculum por objetivos influyó en la forma de aprender la relación de ayuda al adulto mayor y los resultados obtenidos: una relación humanizada, con elementos de la relación de ayuda pero sin llegar a ser terapéutica.

En sus discursos las/os egresadas/os al relacionarse con los adultos mayores identifican un déficit de conocimientos. Para llevar a cabo la relación de manera óptima. En relación a ello, al revisar los programas y cronogramas de asignaturas de adulto y adulto mayor se aprecia coherencia con lo expresado por los estudiantes. No se aprecia desarrollo de contenidos de adulto mayor sano y de sus características psicosociales acordes a la etapa de vida, tampoco en la asignatura de psicología evolutiva y respecto de la relación de ayuda los contenidos relativos al tema, fueron tratados en una clase y solo un taller, usando como sustento la teoría de Hildegard Peplau.

5.2 Conclusiones:

El foco de esta investigación se centró en comprender, a partir del relato de las vivencias de las/os egresadas/os en su relación de ayuda a adultos mayores, la formación académica para ello, a través una mirada fenomenológica-social sustentada en los postulados de Alfred Shutz, donde la pregunta fue: ¿Cómo vivenciaron la relación de ayuda a adultos mayores, las/os egresadas de enfermería?. Sustentada en este referente y considerando las categorías obtenidas fue posible conocer el tipo vivido en la relación de ayuda a adultos mayores, por estas/os egresadas/os y los motivaciones de su actuar durante el desarrollo de la misma.

Es así como, la relación de ayuda a adultos mayores fue una relación interpersonal humanizada, centrada en la comprensión empática y aceptación incondicional de los problemas que manifestó el adulto mayor. Las acciones realizadas tuvieron que ver con las primeras fases descritas para la relación de ayuda, a saber: escuchar, empatizar y comprender a la persona tratando de resolver sus problemas utilizando los recursos con que cuenta y los existentes en el CESFAM y en pocos casos, lograr que la persona fuera capaz de descubrir por si solo su problema y encontrar la solución: fin último de la relación terapéutica, según lo descrito por Carl Rogers y Hildegard Peplau.

Sobre las herramientas que las/los egresadas/os reconocen necesarios al desarrollar la relación de ayuda son las habilidades comunicacionales, algunas actitudes afectivas, de aceptación incondicional y en mayor medida condiciones personales como la inteligencia emocional y la personalidad, entendiéndose esta como la capacidad de tratar al adulto mayor sin temor ni timidez. Llama la atención, que no hacen mención a conocimientos o habilidades terapéuticas específicas.

Respecto del adulto mayor, como persona ayudada, las /los egresadas/os identificaron en el adulto mayor, sólo una gran necesidad de escucha. Consideraron que esta acción era relevante dentro de la relación, pero no se aprecia la necesidad de intervención más allá de ello. Además lo percibieron con algunas características estereotipadas y con gran necesidad de atención a aspectos psicosociales más que a los biológicos.

Desde el punto de vista académico se concluye que las/estudiantes requieren mayor conocimiento y habilidad para detectar las necesidades psicosociales de las personas cuidadas y tal vez mayor habilidad para manejar los conflictos que manifiestan las personas.

Por otra parte, en los discursos las/os egresadas/os se aprecia una importante tendencia a reflexionar sobre sí mismos y sus herramientas para establecer la relación de ayuda a los adultos. En relación a esto, no hay homogeneidad, existiendo algunas/os egresadas/os que se sienten capacitados y otros no, pero esta capacitación que ellos perciben tiene que ver más con habilidades sociales que terapéuticas. Desde el punto de vista académico se concluye que hay un déficit en el logro de la habilidad relacional y emocional, para establecer la relación de ayuda y que los estudiantes ingresan a la carrera con distintos niveles de habilidades sociales que sería deseable nivelar.

Respecto de su proceso de enseñanza-aprendizaje para desarrollar la relación de ayuda, las/los egresadas/os develaron aspectos relevantes a considerar desde el punto de vista académico al relatar al tipo vivido con anterioridad en el mundo personal y académico y como esas vivencias fueron significativas para

el aprendizaje de la relación de ayuda a adultos mayores. En este sentido, se aprecia que asignan gran importancia a los aprendizajes previos, basados en sus experiencias personales relacionándose con adultos mayores y a los conocimientos adquiridos a través de las experiencias académicas tanto teóricas como prácticas, percibiendo que la entrega de contenidos teóricos no son suficientes para adquirir competencias para desarrollar la relación de ayuda y que se requiere vivenciar ya sea a través de ejemplos o mayor cantidad de experiencias para “*aprender a hacer*”. En este aprendizaje relevan como el observar y relacionarse con sus docentes y guías asistenciales, modela su comportamiento.

Perciben entre otras cosas: que existe un déficit en los contenidos sobre adulto mayor sano, que la asignatura de desarrollo personal es importante en el proceso de enseñanza de la relación de ayuda, en forma inicial, en lo que respecta a su autoconocimiento, que los contenidos teóricos respecto de la relación de ayuda, deben ser entregados desde los primeros niveles de la carrera, que la humanización del cuidado es un valor incorporado en los estudiantes, a pesar de no ser reconocido como parte de los contenidos, que docentes tienen una gran influencia como modelos, en el aprendizaje de formas de relacionarse.

5.3 Sugerencias:

A partir de los resultados obtenidos a partir de esta investigación, se estima que es deseable hacer modificaciones en el proceso enseñanza aprendizaje de la relación de ayuda a adultos mayores. Estas, pueden ser aplicables en el curriculum orientado por competencias, que se desarrolla actualmente en la Escuela de Enfermería:

- Al ingreso de los estudiantes a la carrera, aplicar algún instrumento que permita conocer las habilidades sociales con que inician su formación.
- Detectar y apoyar a estudiantes con dificultad en el desarrollo de habilidades sociales, con intención de nivelar.

- Entregar conceptos teóricos de relación de ayuda en forma transversal y creciente en el curriculum. Desde los conocimientos básicos que la sustentan: teorías de comunicación, teorías de relación interpersonal e intrapersonal en desarrollo personal, realizando actividades prácticas. Posteriormente en desarrollo evolutivo, analizar las características psicosociales de los adultos mayores y cómo estas influye en la relación interpersonal, incorporando actividades prácticas.
En asignatura de adulto mayor sano y enfermo, incorporar y revisar Teoría de Hildegar Peplau, realizar actividades prácticas de relación terapéutica y análisis de sus intervenciones.
- Incorporar la evaluación de esta actividad en todas las prácticas, con distinto nivel de complejidad.
- Crear instancias de trabajo para instalar y/o fortalecer estas habilidades con personas en distintas etapas de la vida y en diferentes contextos.
- Generar instancias de trabajo con docentes de la Escuela, para socializar la importancia de sus actitudes en la formación de las/os estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Milos P, Borquez B, Larrañan A. La "Gestión del cuidado" en la legislación chilena (II). Estado actual. Cienc. Enferm.[internet].2011(dic).[acceso 20 dic 2016];17(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300003
2. Bermejo J. Apuntes de relación de ayuda. Madrid (ES): Sal terrae; 1998. 95 p.
3. Howk Ch. Enfermería Psicodinámica. En: Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 5° ed. Madrid (ESP): Elsevier Science; 2003; p 379-398.
4. Gómez R, Gómez M, Gómez R. Relación de ayuda. En: Manual de atención psicosocial. Barcelona (ES): Instituto Monsa de ediciones; 2012. 63-73.
5. García M, López M, Vicente M. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. Index enferm. [internet]. 2004. [acceso 28 may 2016];13(47). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000300010&script=sci_arttext
6. Vidal R, Adamuz J, Feliu P. Relación terapéutica: El pilar de la profesión enfermera. Rev. Enf. Global.[Internet].2009.[acceso 25 may 2016];8(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75311>
7. Ribot V, Alfonso M, Ramos M, Gonzalez A. Suicidio en el adulto mayor. Rev habanera de Cs médicas.[Internet].2012.[acceso 28 may 2016];11(5). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v11s5/rhcm17512.pdf>
8. Cibanal L, Galiana J. La relación de ayuda con el paciente que sufre de enfermedad mental. En: Galiana J. Enfermería Psiquiátrica. Barcelona (ESP): Elsevier; 2016. P.32-40.
9. Universidade Estadual de Londrina. Metodologia das Ciencias Sociais: A fenomenologia de Alfred Shutz. Londrina, Brasil;1998.

10. Consejo Internacional de Enfermeras. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista. Ginebra, Suiza;2003.
11. Comisión Nacional de Acreditación. Criterios de evaluación para la acreditación de carreras de enfermería. Santiago de Chile; 2007.
12. MINSAL. Orientaciones para implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile;2012.
13. Organización de Naciones Unidas. Principios a favor de las personas de la tercera edad. 1991
14. OPS. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. Washington;2008
15. OPS OMS. Agenda Estratégica Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Chile 2011-2014. Santiago de Chile;2011
16. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Santiago de Chile;2010.
17. SENAMA. Política Integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025. Santiago de Chile;2011
18. Ministerio de Desarrollo. CASEN 2011 Encuesta de Caracterización socioeconómica Nacional. Santiago de Chile; 2012
19. Lagos Z, Andruccioli C, Urrutia MT. Competencias blandas y calidez en enfermería: Definiciones, concepción y características. Horiz Enferm.[Internet].2013.[acceso 1 jun 2016];24(1).Disponible en: http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/24-1/31_competencias%20blandas%20y%20calidez%20en%20enfermera%20definiciones%20concepcin%20y%20caracteristicas_horizonte%2024-12013.pdf
20. Coelho M, Zanetti M, Campos de Carvalho E, De Souza C, Moura M, Parente AM. La comunicación terapéutica entre profesionales y pacientes en la atención en diabetes mellitus. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012. [acceso 1 jun 2016];20(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/es_08.pdf

21. Lopes R, Azeredo Z, Rodrigues S. Competencias relacionales de los estudiantes de enfermería: seguimiento del programa de intervención. Rev. Enf. Ref. [internet]. 2013.[acceso 2 jun 2016];3(9). Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832013000100003&lng=pt&nrm=i.p&tlng=es
22. Prado L, Barbosa L, Saeki T, Bernardo de Mello e Souza M/ Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP [internet] 2005. [acceso 3 jun 2016];39(3). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300010
23. Perez J, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. Cuad Méd Soc (Chile).[Internet] 2013.[acceso 3 jun 2016];53(4)Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53_4_6.pdf
24. Camargo I, Caro C. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Rev unal.edu.co.[Internet].2009.[acceso 3 jun2016]];27 (1). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12954>
25. Fernandez A, Manriquez FG. Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería Global [Internet].2010.[acceso 3 jun 2016] ;19.Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/reflexion1.pdf>
26. Asociación Profesional de Enfermería de Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería: establecimiento de la relación terapéutica. Ontario, Canadá;2012
27. Hernández J. Granados G. Comunicación y relación en el ámbito de cuidar. En: Granados G. Aplicación de las ciencias psicosociales al ámbito del cuidar. Barcelona (ES): Elsevier; 2014. P 19-37.

28. Holmqvist M. Proceso comunicacional del cuidado: signo, semiótica y discurso, En: Ayala R. Torres MC. Calvo MJ. Gestión del cuidado de enfermería. Santiago(CL): Mediterraneo;2014. p. 51-70.
29. Ortiz de Zárate A, Alonso I, Ubis A, Ruiz M. Conceptos teóricos en Psicogeriatría. En: Psicogeriatría. Barcelona (ES): Elsevier Masson; 2010. p.4-34.
30. Arias A. Vejez y envejecimiento a la luz de las motivaciones sociales básicas. En: Arias A, Morales J, Nouvilas E, Martínez J. Psicología Social Aplicada. Madrid (ES): Médica panamericana; 2013. p. 293-311.
31. Novel G, Lluch M, Miguel M. Enfermería psicosocial y salud mental. 2da ed. Barcelona (ES): Masson; 2005. 333 p.
32. Goleman D. Inteligencia social. México: Planeta; 2006. 573p.
33. Goleman D. El cerebro y la inteligencia emocional: nuevos descubrimientos. Barcelona (ES): Grupo Zeta; 2012. 110 p.
34. Costa M. Campos E. A comunicacao nos diferentes contextos da enfermagem. 2da ed. Barueri (BR): Manole Ltda; 2012. 209 p.
35. Facultat de Psicologia Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Habilidades terapéuticas. Barcelona, España; 2011.
36. Undurraga. ¿Cómo aprenden los adultos? Una mirada psicoeducativa. Santiago(CL): Ediciones Universidad Católica de Chile; 2004. 208 p.
37. Pedraz A, Zarco J, Ramasco M, Palmar A. Conceptos claves en investigación cualitativa. Criterios de calidad y aspectos éticos. En: Investigación cualitativa. Barcelona (ES): Elsevier; 2014. P.11-27.
38. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cornetto C, Gómes P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington. Ed Paltex. Washington. 2013. 253 p.
39. Alborés P. Comunicaciones interpersonales. Cómo obtener óptimos resultados profesionales gracias a una comunicación eficaz. España: Ideas propias; 2005. 94 p.

40. Díaz M. Comunicación enfermera/paciente reflexión sobre la relación de ayuda. Rev española de comunicación en Salud.[Internet].2011.[acceso 4 jun 2016];2(1). Disponible en: <http://www.aces.es>
41. Segura A, Cardona D, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquía, Colombia 2012.Rev salud pública. [internet]. 2015.[acceso 7 jun 2016];17(2). Disponible en: <http://www.dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
42. Niven N. Habilidades interpersonales. En: Psicología en enfermería. México D.F: Manual Moderno; 2009. p.8-43.
43. Bustillos A, Fernandez R. Efecto de los estereotipos acerca de la vejez en la atención a adultos mayores. Rev Salud Pública Mex.[Internet]. 2012.[acceso 4 jun 2016];54(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000200003&lang=pt).
44. Franco M, Villarreal E, Vargas E, Martinez L, Galicia L. Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la ciudad de Querétaro, México. Rev méd. Chile.[Internet].2010. [acceso 5 jun 2016];138(8).Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800007
45. SENAMA. Ser Mayor: aprendamos a vivir la madurez. Santiago de Chile; 2012
46. Carrillo A, García L, Cárdenas C, Díaz I, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica. Rev. Enfermería Global. [Internet].2013. [acceso 5 jun 2016];12(32).Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones_5.pdf
47. Maqueda M, Martín L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. Rev. Española de comunicación en salud.[Internet].2012.[acceso 5 jun 2016];3(2).Disponible en: http://www.scielo.aecs.es/3_2_7.pdf

Anexos:

1. Tabla presentación de resultados
2. Carta compromiso CAPSI
3. Acta aprobación comité ética

Tabla presentación resultados

Otorgando significado a la relación de ayuda a adultos mayores

Dimensión	Subdimensión	Unidad de Significado	Reducción fenomenológica
Objetivo		<i>E1 ... Siempre he tenido el pensamiento que uno tiene que entregarle todo los beneficios del consultorio para que el paciente se sienta integrado</i>	Entregarle todos los beneficios para que se sienta integrado
		<i>E3... pero si de buscarle la forma para que se sienta mejor</i>	Buscar la forma para que se sienta mejor
		<i>E 2...darle las herramientas para que ellos aprendan a manejarse mejor</i>	Dar herramientas para que aprendan a manejarse mejor
Acciones		<i>E3... que primero hay que darle el espacio a la persona para que se</i>	Primero hay que dar espacio a la persona para que se desahogue y cuente sus vivencias

		<i>desahogue, para que hable, para que cuente sus vivencias</i>	
		<i>E3...entonces lo primero es eso, la empatía...</i>	Lo primero es empatizar
		<i>E2...entender la situación en la que ellos están, el entender de repente en base a las cosas que ellos dijeron a lo que uno observa, las cosas que son importantes para ellos</i>	Entender las cosas que son importantes para ellos
		<i>E2 ...pero también es importante la parte de entenderlos para saber qué hacer...</i>	Entenderlos para saber que hacer
		<i>E3... creo que lo primordial es tratar de establecer la empatía con el usuario...</i>	Lo primero es empatizar y entender lo que explica

		<i>tratar de ponerse en el lugar de él, tratar de entender lo que nos está explicando.</i>	
		<i>E2 porque la empatía para mí eso es la relación, por eso al menos yo entre a estudiar</i>	La relación es empatía
		<i>E3... lo que yo he visto mucho, es que muchos pacientes con problemas emocionales y que no quieren recibir ayuda, entonces ahí uno trata de aconsejarlos para que se sienta mejor, de que en realidad necesita ayuda profesional, de que busque apoyo en la familia, en los amigos o en la comunidad</i>	no trata de aconsejarlos para que se sientan mejor: que busquen ayuda en la red de apoyo.

		<i>E3.. entonces tratar de buscar como la soluciones posibles que a lo mejor no van a ser en el momento pero si a largo plazo,</i>	Buscarle soluciones aunque sean a largo plazo
		<i>E2.. pero sin caer en el pobrecito, que pena su vida, sino que es más como ok, esta es tu situación, esto es lo que lo está desencadenando esto es lo que puedo hacer yo para poder ayudarlo</i>	No lamentarse por su situación, determinar su problema, lo que lo desencadena y decirle lo que puedo hacer por ayudarlo
		<i>E3.. de buscar la causa y quizás no solucionarla pero si buscar el lado positivo de las cosas y a lo mejor uno no le va a entregar una</i>	Buscar la causa y aunque no se pueda solucionar, buscar el aspecto positivo

		<i>solución instantánea porque uno no le va a decir una palabra mágica para solucionar el problema,</i>	
		<i>E2 ...no tratar de resolverles todo, pero si el educar a las personas</i>	No resolverles todo, educarlos
		<i>E2...ayudarlos a empoderarse de su situación, en la medida de lo posible..</i>	Ayudarlos a empoderarse de su situación
		<i>E4 trataba de explicarle a la persona, que la persona tiene que ayudarse, uno lo puede aconsejar pero la persona tiene que hacer algo por si misma</i>	Se puede aconsejar, pero la persona tiene que hacer algo por si misma
		<i>E3 ...pero que el paciente se dé cuenta de qué</i>	Que el paciente se dé cuenta de lo que necesita y con qué cuenta

		<i>necesita y que tiene un mundo en donde se puede apoyar.</i>	
Habilidad	Comunicacional	<i>E5.. escucha mucha capacidad porque en lo que más se centra la gente</i>	Hay que tener mucha capacidad de escucha
		<i>E1...en un CESFAM donde claramente la población tiene un menor nivel educacional uno tiene que hablar más específico porque la población lo requiere más, también si es un lugar periférico de más vulnerabilidad uno tiene que ser más simple aún en sus explicaciones...</i>	Hay que adecuar el lenguaje según el nivel educacional de las personas
	Relacionales	<i>E6...porque si me está</i>	Si la persona cuenta problemas, hay que tener

		<i>llorando porque se le murió el hijo o porque volvió el hijo y él quiere estar solo, siempre son los típicos problemas que existen, yo no puedo quedarme allí pucha que pena, animo, no, uno debe tener herramienta de conversar o por ultimo si no sé qué decirle llevarlo a otro tema, hacer un seguimiento hacerle sentir que me preocupa</i>	herramientas para conversar y si no se sabe que decirle distraerlo, pero demostrarle preocupación
	Sociales	<i>E 5....Perderle ese miedo de hablar con una persona extraña aunque sea más joven , más vieja que uno, un niño o adulto, perder</i>	Perder miedo a entablar la relación y saber cómo comunicarse

		<i>ese miedo a entablar una conversación con alguien que uno nunca ha visto en la vida y de saber cómo llegar a esa persona.</i>	
		<i>E5.. Creo que si uno es tímido no va a llegar a ninguna parte como enfermero no a no ser que trabaje en un lugar aislado sin tener una relación con nadie</i>	Para relacionarse el profesional no puede ser tímido
		<i>E6...es muy importante y creo que primordial tener siempre ese factor empatía, ese factor personalidad qué solamente se adquiere por ser uno tal cual es. Para mí no cualquiera puede ser</i>	Lo primordial es la empatía y la personalidad, que es algo natural. No cualquiera puede ser enfermera, no es como cualquier profesión, tiene que tener personalidad

		<i>enfermera , no cualquiera, no es como ser ... no es como cualquier carrera , porque es muy dependiente de la personalidad que uno tiene</i>	
		<i>E6...Aquí una persona introvertida o sea quizás pase quizás pueda llegar a ser enfermera pero la recepción que se va a dar a la persona no va a ser es la misma o sea para los demás tu no vas a ser tan buena enfermera, porque ese carisma que tienes que tener, esa personalidad de saber llevar una conversación</i>	Una persona introvertida quizás puede llegar a ser enfermera, pero no tan buena porque hay que tener carisma, personalidad, saber comunicarse

		<i>E2...Creo que esas dos partes son super importantes tanto el desarrollo de la inteligencia emocional como la personalidad...</i>	Es importante la inteligencia emocional y la personalidad
		<i>E3.. En todo caso creo que hay un componente personal o sea hay que tener una habilidad, una destreza personal.</i>	Hay que tener una destreza personal
		<i>E5..creo que sí que va directamente relacionado uno con la edad del estudiante eee y otro con la personalidad definitivamente</i>	Está relacionado con la madurez y la personalidad
		<i>E5.. uno puede ser muy estudiosa y sacarse puros</i>	La personalidad es más importante que ser tan estudioso y tener buenas notas, para que las

		<i>7, pero si no tiene esa personalidad para llegar al otro, no va conseguir llegar a las personas, no van a darse con uno</i>	personas se relacionen con el profesional
		<i>E5... y como digo también la personalidad y mucho, mucho, porque de repente hay personas que no son muy cercanas a la atención que uno le está dando, pero si uno tiene las herramientas es más fácil llegar a esa persona</i>	La personalidad es muy importante para tener llegada con la persona
		<i>E5... obviamente por la personalidad, porque si uno no la tiene no puede</i>	Si no se tiene personalidad, no se puede
Actitud	Consideración empática	<i>E6... Eso de no involucrarse no sirve de nada no sirve,</i>	Atender sin involucrarse es frío

		<i>no sirve para mí porque esa es una teoría tan fría, porque uno tiene que estar allí</i>	
	Aceptación incondicional	<i>E4..la señora estaba molesta pero con el cariño que uno le entrega, se le pasa</i>	Si la persona está molesta, con una actitud cariñosa se le pasa
		<i>E5... adecuarse mucho con la otra persona yo a veces cuando estoy resfriada, enferma, cansada tengo mil cosas que hacer pero uno sabe adecuarse a situación de la persona a pesar de todos los problemas que lleva consigo</i>	Hay que atender a la situación de la persona , a pesar de los problemas que se tenga
		<i>E4... pero hay que tener paciencia una vez me fui</i>	Hay que tener paciencia, aunque ocupe más tiempo para que la persona se vaya contenta

		<i>bien tarde por quedarme conversando pero yo prefería que la persona se fuera contenta yo me emocionaba con eso</i>	
--	--	---	--

Percibiendo al adulto mayor como persona ayudada

Dimensión	Subdimensión	Unidad de Significado	Reducción fenomenológica
Necesidades		<i>E4.. me saque el delantal conversamos un rato y luego le tomé la presión y le había bajado, me di cuenta que necesitaba escucharla más que nada</i>	La persona necesitaba escucha más que nada

		<i>E5 el adulto mayor quiere eso... que uno la escuche, no necesariamente que se tomó los medicamentos, pero si que la escuche lo que ha pasado en el día y lo que ha hecho.</i>	El adulto necesita que lo escuchen sus vivencias
		<i>E5.. paso a veces que la persona lo único que querían era que uno la escuchara que estuviera más con ella</i>	La persona a veces lo único que desean es que los escuchen
		<i>E6...la gente sabe que está bien, la gente lo hace todo, la gente se toma los medicamentos, lleva a su control pero la gente lo que quiere es Escucha, a eso</i>	Las personas cumplen las indicaciones y los controles, va para que lo escuchen y a mayor edad , mayor necesidad de escucha.

		<i>va al control, y a mayor edad más escucha requiere</i>	
		<i>E5.. ...porque por la enfermedad estaban cansados no querían que los atendiera, ya no querían más pero si uno les conversaba, ya no tan solo concentrándose en la técnica no en la parte fría de la Enfermería, cambiaban.</i>	Las personas se cansan de las técnicas desean que las escuchen
		<i>E6... y eso es lo que la persona quiere y va volver al consultorio porque sabe que alguien se preocupa.</i>	La persona vuelve al consultorio si siente que se preocupan por ella
		<i>E4.. a veces la gente espera mucha ayuda del</i>	Las personas no ponen de su parte , quieren que el profesional les entregue todo

		<i>profesional y quieren que todo se lo entreguen, pero la persona no hace nada y eso yo me daba cuenta</i>	
	Estereotipos	<i>E1... con todas las mañas que tiene un adulto mayor</i>	Los adultos mayores tienen mañas
		<i>E1 ...tienen esos prejuicios sobre la gente joven , tienden a creer que por lo general uno cuando joven no sabe, son muy llevados de sus ideas</i>	Los adultos mayores tienen prejuicios sobre la gente joven, son tozudos
		<i>E2...Muchos de ellos tienen aprehensiones con su cuerpo, con el examen físico a veces, a veces es un poco con la calidad de la persona y también lo hacen notar que ellos cuentan que</i>	Muchos adultos mayores tienen aprehensiones con su cuerpo, les cuesta atenderse con gente joven porque los perciben inexpertos

		<i>uno es inexperto cuando dicen que les cuesta atenderse con gente joven, porque de repente no te toleran mucho, no les tienen paciencia, no se sienten escuchados...</i>	
		<i>E2... es un poco ambivalente, de repente son un poco paternalistas, pero por otro lado también se vuelven como autoridad...</i>	Los adultos mayores son ambivalentes, a veces paternalistas y otras autoritarios

Describiendo su relación intra-personal

Dimensión	Subdimensión	Unidad de significado	Reducción fenomenológica
Sentimientos	Fortalezas y debilidades	<i>E4.....no puedo decir que me sentía preparado en ese momento... siento que fue</i>	No me sentía preparado, me dejé fluir, tuve suerte, es algo mío que no veía en mis compañeros

		<i>una cosa de suerte porque yo me deje fluir y me resultaba bien me dejaba fluir, creo que es algo mío porque no lo veía en otros compañeros</i>	
		<i>E5... La verdad es que no me cuesta</i>	No me cuesta
		<i>E3... Es difícil, creo que en un principio cuesta bastante porque es una de las cosas que más cuesta en las primeras prácticas sobre todo, como empezar a relacionarse con el paciente</i>	Al principio cuesta relacionarse con los pacientes
		<i>E3... en ese sentido creo que nosotros estamos bien empoderados de ese rol de contener al paciente y de</i>	Estamos empoderados del rol para contener escuchar, empatizar y abordar la situación

		<i>poder escucharlo y ponerse en el lugar de él y abordar esta situación.</i>	
		<i>E2 ... porque las limitaciones físicas están allí, uno las ve, pero la parte psicológica no, me cuesta llegar a los aspectos internos, me costaba pasar esa barrera, me costaba porque hay personas que se muestran poco reactivas, poco interesadas y eso es porque uno no sabe llegar y de repente adquirir esas herramientas faltaban esas herramientas para aprender a relacionarse con ellos</i>	Me costaba abordar los problemas psicológicos, me faltaban herramientas
		<i>E5... a lo que voy es que no</i>	No me costaba, independiente de la personalidad

		<i>me costaba, que independientemente de la gente, de su personalidad siempre de alguna forma llegaba al punto en que se desinhibían...</i>	de los adultos
	Desafíos	<i>E1... en un desafío de .. yo que siempre me vi más chica ahora tenía que entregar cuidados a alguien mayor que yo...</i>	Es un desafío cambiar de ser cuidada a cuidar a alguien mayor
		<i>E1 ...pero siempre fue el desafío de poder valorarme yo como que en el fondo que ellos me vieran como una profesional a futuro como una persona que en el fondo es capaz de entregarles un juicio clínico,</i>	Es un desafío valorarse como profesional frente a las problemáticas de los adultos

		<i>de tener un criterio respecto a sus problemas de salud, a sus problemáticas</i>	
	Motivación	<i>E1 ... yo creo que uno se da cuenta en la necesidad del otro por lo menos a mí eso me mueve mucho más para querer saber ...no por saber todo en la vida...</i>	Me motiva la necesidad del otro para aprender
		<i>E5...la persona que uno está ayudando influye en uno, entonces eso es lógico entonces uno dice actué de esta manera con esta persona, a la próxima lo voy a hacer de otra forma porque a al o mejor no le pareció muy bien a la otra</i>	La persona influye , si se percibe que no le pareció bien la atención , se planifican cambios para la próxima vez

		<i>persona.</i>	
	Emociones	<i>E6... yo me iba contento cuando dejaba a una persona feliz , fue un buen día ..</i>	Sentía que era un buen día cuando dejaba feliz a una persona
		<i>E6... Para mí fue muy triste el CESFAM por lo que le digo, porque es una realidad super triste la de los adultos mayores que están solos: existe familia, existe red, pero es como invisible</i>	Fue triste la práctica, por la realidad de los adultos mayores que no tienen red de apoyo real
		<i>E1 ...cuando termina el control es un tema como de retribución de decir no me levanté mal en la mañana , de verdad pude</i>	Se siente satisfacción cuando se puede hacer algo por la persona

		<i>hacer algo por la persona...</i>	
		<i>E2... el tener una cercanía constante con ellos, o una interacción constante, desarrolla lazos</i>	Al verlos en forma constante se desarrollan lazos
		<i>E3.. Además al principio, uno se afecta mucho y tiene que aprender a controlarse y contener nuestras propias emociones para poder también contener a la otra persona</i>	Al principio uno se siente afectado por lo que hay que aprender a controlarse para poder contener a otros

Describiendo su aprendizaje para desarrollar la relación de ayuda a adultos mayores

Dimensión	Subdimensión	Unidad de significado	Reducción fenomenológica
Aprendizaje Significativo	Experiencias personales	<i>E5...para mi establecer una relación con una persona, independiente con quien</i>	Para relacionarse con las personas influyen mucho las experiencias personales

		<i>sea no me cuesta desde chica nunca me ha costado, entonces creo que influye mucho las experiencias personales.</i>	
		<i>E5... y la experiencia que haya uno pasado en la vida también influye demasiado para establecer esa relación de ayuda...</i>	Las experiencias y vivencias personales influyen para establecer la relación de ayuda
		<i>E3... las otras habilidades como el saber hasta qué punto escuchar, en qué momento intervenir y esas cosas uno los va aprendiendo por la propia experiencia</i>	Las habilidades se aprenden con la experiencia propia
		<i>E1...mi familia por lo general, son más adultos</i>	La experiencia de vivir con adultos mayores facilitó el trato con ellos

		<i>mayores por eso se me hizo más fácil por un tema como más de empatía hay una facilidad en el trato por lo tanto siempre se me hizo más fácil.....</i>	
	Clases	<i>E2... Creo que para mí, o sea, por ejemplo otra cosa que es super importante: clases, desarrollo personal, por ejemplo...</i>	Muy importante las clases de desarrollo personal
	Laboratorio	<i>E3.. uno a través de las prácticas clínicas ya sea intra- hospitalaria o no, va desarrollando ciertas habilidades</i>	A través de las prácticas clínicas se desarrollan ciertas habilidades
		<i>E3...Con el paso de los años y la práctica creo que uno va adquiriendo solo,</i>	Creo que la habilidad para hacerse cargo de la situación de la persona, se va adquiriendo solo, a través de los años y la práctica

		<i>mayores habilidades y puede ir dirigiendo un poco más la situación y apuntando a cosas principales del paciente y atendiéndolo en el momento también derivándolo a donde necesite.</i>	
		<i>E2... para relacionarse con ellos yo creo que haber tenido una experiencia previa trabajando con adultos mayores, esa experiencia me ayudo a verlos un poco más como personas...</i>	Me ayudo la experiencia de haber trabajado antes con adultos mayores
	Docentes	<i>E1...depende del lugar donde uno va, hay lugares donde yo por</i>	Hay lugares que dejan una huella, cuando se ve positivamente la labor de la enfermera

		<i>ejemplo uno casi que me enamore, porque dije aquí se hace la enfermería</i>	
		<i>E5.. sino que la personalidad de los profesores de una otra forma hace que el estudiante crea un molde</i>	La personalidad de los profesores moldea a los estudiantes
		<i>E5... ...el sello de profesores, hablan con uno e influyen bastante....</i>	Los profesores tienen un sello que influye en el estudiante
		<i>E5..pero más que nada la relación personal con el estudiante hace que uno se vaya formando... creo que los profesores en su relación con el estudiante hacen que uno adquiera esas habilidades</i>	La relación de la docente con el estudiante modela la habilidad para relacionarse del estudiante

		<i>E6... uno se ve reflejada con su profesora en cambio tuve a otras compañeras que lo detestaron porque veían el reflejo de su profesora y uno se convierte en eso</i>	El estudiante se refleja en la docente y contribuye a formarlo como ella
		<i>E6... las docentes que uno va conociendo en el camino, cada una tiene algo. Uno siempre tiene que sacar algo de cada una, lo subjetivo ,la bondad</i>	Cada docente tiene algo valorable y subjetivo, que se va extrayendo
		<i>E1que uno al principio ..uno no valora mucho eso. uno como que ve sobre todo que en adulto que son muy rígidas cuadradas, que todo es como muy</i>	Al principio se aprecia en adulto que todo es muy rígido, pero cuando se llega a quinto año, se agradece y debe ser así

		<i>rígido casi militar pero uno cuando llega a quinto uno lo agradece , uno se da cuenta que en realidad si a uno no la forman de esa manera uno no llega a ninguna parte...</i>	
	La Institución	<i>E6.. la escuela da bastante aportes respecto a eso , en cuanto a esas herramientas, a adquirir empatía a clarificarlo de que se trata , a saber el cuidado humanitario que uno debe tener siempre</i>	La Escuela aporta herramientas de empatía , de cuidado humanitario
		<i>E1 ... Ahora yo creo que para que uno llegue a esto se necesita capital Humano, valores aunque igual nos</i>	Se necesita capital humano, aunque en la Escuela nos forman en valores , pero no todos los estudiantes llegan con ellos, hay que nivelar al principio

		<i>forman en valores en la escuela pero no todos los estudiantes llegan con todo lo necesario, creo que sería buen como hacer un balance al principio...</i>	
		<i>E5... porque a ver creo que cada universidad tiene un sello y ese sello se lo transmite al estudiante yo creo que de una u otra forma la universidad moldea al estudiante</i>	Cada Universidad tiene un sello que transmite al estudiante
		<i>E5... creo que la parte humana es muy importante y eso también es otro sello que da la universidad: la parte humana no la técnica que</i>	En la Universidad es marcada la parte humana y social, por sobre lo técnico

		<i>la puede hacer cualquier persona, la parte humana está bien marcada , la parte social de la enfermería encuentro que es bueno en relación a otras carreras de enfermería</i>	
Aprendizaje deficitario	De adulto mayor	<i>E2...siempre siento que falta más, la bibliografía es de las alteraciones propias de ellos, síndromes geriátricos pero del adulto mayor sano o del seguimiento del adulto mayor sano no hay mucho o del seguimiento del adulto mayor sano no hay no hay mucho y siento q me faltaba...</i>	Siento que faltaron contenidos de adulto mayor sano

		E3...considero que hay una debilidad en la formación de la parte del control ambulatorio en lo que es la formación de pregrado, como que siento que no se profundiza mucho en el trato que uno debe establecer con los pacientes, como que estamos muy focalizados a la atención de la persona enferma, pero al momento que llega un paciente que está compensado y que está con un relativo buen estado de salud como que uno queda como un poquito sin saber lo que hacer..	Considero que hay una debilidad en la entrega de contenidos para control ambulatorio, de un adulto mayor sano, no se sabe qué hacer
--	--	--	--

		<i>E3...las cátedras están enfocadas a la parte más de la patología como que al final si tiene que ser integral, pero al abordar un problema puntual creo que aquí está el déficit. Entonces creo que sobre todo en la parte de atención primaria haría eso ,como más talleres prácticos</i>	Las cátedras están más enfocadas en las patologías. Haría más talleres prácticos
	De la Relación de ayuda	<i>E3 y también cambiar eso de ver en los primeros años el tema de la ayuda al paciente, la relación terapéutica es como ir aprendiendo en el camino</i>	Hay que tratar el tema de relación de ayuda en los primeros años
		<i>E4.. .. si bien en las cátedras lo imparten, no lo</i>	No se profundiza cómo realizar la relación de ayuda. Es difícil hacerlo.

		<i>profundizan porque tampoco se puede enseñar, en mi opinión es algo difícil de enseñar por ejemplo en ciertas situaciones hay que tener paciencia y ser flexible y en otras no</i>	
		<i>E5... así como que venga en la clase , le vamos a enseñar como usted puede hacer en la relación de ayuda, no</i>	No se enseña cómo llevar a cabo la relación de ayuda
		<i>E4.. ahora a uno le dicen en la escuela debe ser empático , pero no le dicen tiene que hacer esto, esto y esto para ser empático , que hay que escuchar etc, es como decir el título , pero</i>	En clases se enseñan las actitudes que hay que tener, pero no cómo hacerlo. Es como decir los título , pero no el capítulo

		<i>no los capítulos, es más que nadadeberían darse más ejemplos</i>	
--	--	--	--

VALPARAÍSO, 16 de mayo de 2013.
CN' 05-2013

Estimados Sras. y Sres.
Comité de Ética
Facultad de Medicina
Universidad de Valparaíso
Presente

Atte: Javier Morán Kneer
Coordinador del Centro de Atención Psicológica C.A.P.S.I. de la
Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso.
Ref: **Informa apoyo de proceso de investigación de postgrado para
Seminario de Tesis. Universidad de Valparaíso.**

De mi consideración:

Por medio del presente, se informa a este comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a todos aquellos casos que requieran de atención terapéutica que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación que esta Escuela lleve a cabo.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio, a los casos de estudiantes que sean detectados como "de riesgo" respecto de relación terapéutica con personas atendidas en sus prácticas profesionales, como resultado del proceso de investigación sobre **"Vivencias de estudiantes de enfermería, en su relación de ayuda a adultos mayores, durante sus prácticas clínicas, en su formación de pregrado"**

Dicha investigación, está siendo ejecutada por docente de la Escuela de Enfermería María Marcela Morella Arbona, a cargo de la Profesora Guía María Soledad Jara Duarte.

Sin otro particular.



Ps. Javier Morán Kneer
Coordinador CAPSI

JMK/ilc.

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 8/2013

I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; María Antonieta Silva, enfermera – matrona; Josephine Bratz, enfermera – matrona; Daniel Ciudad, kinesiólogo; y Patricia Herrera, educadora de párvulos; en su sesión del 04 de julio de 2013, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto **"Vivencias de estudiantes de enfermería, en su relación de ayuda a adultos mayores, durante sus prácticas clínicas, en su formación de pregrado"**, presentado por la investigadora responsable Marcela Morella Arbona, adscrita a esta Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 16/2013, versión en español.
2. Hoja Informativa de Consentimiento Informado y Ficha de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son los jóvenes estudiantes de Educación Superior de la Región de Valparaíso que pertenezcan a alguna asociación juvenil de su Casa de Estudios, participantes de investigación.
3. *Curriculum Vitae* del Investigador Principal.
4. Flujograma y carta compromiso del Coordinador del Centro de Atención Psicológica (CAPSI) para realizar contención a los participantes, en caso de ser necesario.

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que la investigación propuesta cumple con principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
El estudio, desde el punto de vista académico, podrá aportar a la comprensión de cómo viven el fenómeno de ayuda al adulto mayor los estudiantes, permitiendo atisbar fortalezas y debilidades del proceso de enseñanza-aprendizaje e introducir mejoras, otorgando a las enfermeras, egresadas de esta Universidad, mayor seguridad y empoderamiento en la relación de ayuda a sus usuarios; y desde el punto de vista de los usuarios, obtendrán una atención de cálida y de calidad, acorde a sus necesidades y expectativas.

2. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explicita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de los instrumentos; así también, el investigador da a conocer su teléfono y mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
3. Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
4. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. En la valoración bioética del proyecto, este Comité recomendó que se explicitarán los objetivos específicos no declarados en el proyecto inicial, los que fueron incorporados apropiadamente por la investigadora.

V. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba por unanimidad de sus miembros habilitados el presente protocolo experimental, a cargo de la investigadora Marcela Morella Arbona.

Firman en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Jimena Le Roy Barria
Presidenta



Ivanny Marchant Ramirez
Secretaria

Valparaíso, 11 de julio de 2013

C/C.

- Secretaria CBI-FAMED
- Comité de Investigación Facultad de Medicina

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado **“Vivencias de estudiantes de enfermería, en su relación de ayuda a adultos mayores, durante sus prácticas clínicas, en su formación de pregrado”**, cuyo investigador es María Marcela Morella Arbona. Esta investigación pretende identificar las competencias adquiridas por los estudiantes de enfermería durante su formación de pregrado, para desarrollar la relación de ayuda con adultos mayores y las características del contexto en la que esta relación se realiza y a su vez obtener el grado Magister de la investigadora, en el Programa de Magister impartido por la Dirección de Postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, versión 2010-2012.

La investigación mencionada se realizará en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en mayo de 2013. Esta investigación surge por un interés profesional y académico en el tema y cómo un medio de conocer si los estudiantes adquieren las habilidades y conocimientos necesarios para establecer la relación de ayuda a sus usuarios, cómo una de las dimensiones relevantes en la Gestión del cuidado.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, a continuación se explica cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consiste su participación.

Su participación se realizará a través de una entrevista con una pregunta abierta, relativa a sus vivencias respecto de la relación de ayuda con usuarios adultos mayores de CESFAM de la región, durante sus prácticas profesionales. La entrevista será grabada con el fin de realizar posteriormente un análisis de los discursos.

Su participación es voluntaria, tiene derecho a desistir de la entrevista en cualquier momento sin ningún tipo de sanción. El trabajo no conlleva ningún beneficio, no recibirá ninguna compensación económica. En el caso eventual, que la entrevista le produzca algún malestar psicológico, el investigador se hará cargo de la contención necesaria o de su derivación a especialista en convenio para su atención.

Los resultados de la investigación podrán ser divulgados según lo estime el investigador en publicaciones científicas y/o académicas, resguardando la identidad de los entrevistados. Si usted está interesado en conocer los resultados de esta investigación, podrá solicitarla posteriormente al investigador.

Si tiene alguna pregunta sobre este trabajo, se puede comunicar con la suscrita a través de su correo electrónico: marcela.morella@uv.cl

Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

Si acepta participar recibirá una copia de este documento, firmada por el investigador.

María Marcela Morella Arbona

RUT: 8.588.778-5 Correo electrónico: marcela.morella@uv.cl

Valparaíso, _____, 2013

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, Rut _____.

Se me ha invitado a participar en la investigación **“Vivencias de estudiantes de enfermería, en su relación de ayuda a adultos mayores, durante sus prácticas clínicas, en su formación de pregrado”**

Entiendo que tiene por objetivo: Identificar las competencias adquiridas por los estudiantes de enfermería durante su formación de pregrado, para desarrollar la relación de ayuda con adultos mayores y las características del contexto en la que esta relación se realiza

Entiendo que mi participación consiste en participar en una entrevista que me llevará aproximadamente 45 minutos y que esta será grabada, con el fin de analizar los discursos

Entiendo también que mi participación es voluntaria, que no tendré beneficio económico y que puedo retirarme de ella en cualquier momento sin que ello perjudique mis actividades académicas y que en el caso eventual, que la entrevista me produzca algún malestar psicológico, el investigador se hará cargo de la contención necesaria o de la derivación a especialista en convenio para mi atención.

Comprendo que para participar debo firmar un consentimiento informado del que recibiré una copia. La información que entregue se manejará confidencialmente y solo podrán ser utilizados en otra investigación cuyo objetivo no se aleje de este estudio. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científico, resguardando mi identidad. Además entiendo que tendré acceso a los resultados si yo lo requiriera.

Si me surgiera alguna duda podré consultar al investigador, en cualquier momento de la investigación, a quien podré contactar en el fono: 84576199 marcela.morella@uv.cl

Si durante o al término de la encuesta requiriera contención psicológica tendré derecho a esta por parte del investigador u otro profesional.

El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina ha evaluado esta investigación y podré contactar alguno de sus integrantes a través de su secretaria administrativa, Srta. Ana María Carreño, en el teléfono 2507370.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Nombre Participante

Firma participante

Rut: _____

Investigadora: Marcela Morella Arbona
Correo investigador: marcela.morella@uv.cl

Valparaíso, _____ de 2013