UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Una Visión sobre las Prácticas de los Estudios de Graduado en Enfermería Realizadas en el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca ante el Nuevo Paradigma Enfermero

D. Miguel Ángel Sanz Peñalver

2017

Universidad de Murcia
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Una visión sobre las prácticas de los estudios de Graduado en Enfermería realizadas en el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca

TESIS DOCTORAL

realizada por

D. Miguel Ángel Sanz Peñalver

Dirigida por

Dra. CARMEN ISABEL GÓMEZ GARCÍA. Facultad Enfermería.
Dra. JOSEFA MARÍA ANTÓN HURTADO. Facultad de Filosofía. Departamento Mixto
Dra. MARÍA JESÚS RUIZ GARCÍA. Facultad Enfermería.

Murcia 2017

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS **011**

INTRODUCCIÓN **019**

MARCO TEÓRICO **021**

BLOQUE 1. IMPLEMENTACIÓN, ESCENARIOS Y FORMADORES **023**

1. Los estudios de enfermería en la Región de Murcia **025**
1.1. Espacio europeo de Educación Superior (EEES) **025**
1.2. La creación del Campus de Enfermería ..... en Ciencias Socio Sanitarias en Lorca **027**

2. El plan de estudios de Graduado en Enfermería **030**
2.1. De la Diplomatura al Grado **030**
2.2. Cronología **030**
2.3. Grado de Enfermería **034**

3. Contexto del estudio **045**
3.1. Precedentes **045**
3.2. Hospital Universitario Rafael Méndez. Estructura física **047**
3.3. Hospital Universitario Rafael Méndez. Estructura organizativa **050**
3.4. Dirección de Enfermería garante de las prácticas de alumnos **054**
3.4.1. Liderazgo **056**
3.4.2. Liderazgo "Registered Nurses" Association of Ontario **059**
(RNAO) **061**
3.4.3. Gestión del Modelo de Cuidados **063**
3.4.4. Informatización y nuevas tecnologías **067**
3.4.5. La Historia Clínica informatizada **070**
4. El escenario de las prácticas clínicas **072**
4.1. Plan de acogida **072**
4.1.1. Aspectos institucionales de la información **074**
4.1.2. Normas básicas **074**
4.1.3. Riesgos laborales **076**
4.1.4. Presentación de los alumnos
en las Unidades de Enfermería **078**
4.1.5. Finalización del período práctico **078**

5. Profesionales implicados en la formación práctica **080**
5.1. Enfermería y la figura del Tutor hospitalario **081**
5.2. Profesores/as Asociados/as **084**

6. Otros profesionales relacionados con la formación de alumnos **086**
6.1. Auxiliares de Enfermería **086**
6.2. Médicos facultativos **087**
6.3. Enfermeras Residentes y Matronas **087**
6.4. Celadores **087**

BLOQUE 2. PRÁCTICAS: CONCEPTOS Y ENTORNO **089**

1. El alumnado y la realidad clínica **091**
1.1. Motivación **095**
1.2. Aprendizaje **098**
1.3. Adquisición de competencias **103**
1.4. Seguimiento en la Evaluación de las Prácticas **108**
1.4.1. Alumnos de Segundo de Grado **108**
1.4.2. Alumnos de Tercero de Grado **110**
1.4.3. Alumnos de Cuarto de Grado **110**

2. Un contexto sociocultural **114**
2.1. Un apunte sociológico en el marco hospitalario **114**
2.2. Aspectos culturales **117**
2.3. "Lugar" y "No lugar" **119**
2.4. La construcción de la identidad profesional **120**
2.5. Estrés en los alumnos de Enfermería durante las prácticas clínicas **124**

3. La Humanización de los cuidados **130**
3.1. La atención al paciente **130**
3.2. La salud **132**
3.3. La enfermedad **134**
3.4. Valores **136**
3.5. Vocación **138**
3.6. Bioética **140**
3.7. Otros cuidados **145**

4. Estado de la cuestión **148**

MARCO EMPÍRICO **155**
157
BLOQUE 3. PLANTEAMIENTO, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....

1. Planteamiento de la Investigación **159**
1.1. Problemas de la investigación **159**

2. Hipótesis **163**

3. Objetivos **164**
3.1. Objetivo General **164**
3.2. Objetivos Específicos **164**

4. Metodología **165**
4.1. Consideraciones éticas **165**
4.2. Planificación y Cronograma **166**
4.3. Diseño **168**
4.4. Tipo de estudio **170**
4.5. Población **171**
4.6. Fuentes de datos utilizadas **173**
4.6.1. Grupo de discusión **173**
4.6.2. La creación de un cuestionario fiable **178**
4.6.3. Variables **179**
4.6.3.1 Sociodemográficas **180**
4.6.3.2 Organización **180**
4.6.3.3 Alumnos **181**
4.6.3.4 Formación y Tutorías **182**
4.6.3.5 Relaciones Profesionales **183**

5. Resultados **184**
5.1. Las opiniones de alumnos y alumnas. (Grupos de Discusión) **184**
5.1.1. Elección de la carrera **184**
5.1.2. El primer día de Prácticas **185**
5.1.3. El hábito de las Prácticas **186**
5.1.4. Tutoras y Tutores **187**
5.1.5. Enfermeras y Enfermeros **189**
5.1 6. Auxiliares de Enfermería **190**
5.1.7. Médicos **191**

5.2. Extracto de sugerencias de los cuestionarios de los alumnos 193
5.2.1. Alumnos 2010/11 193
5.2.2. Alumnos 2011/12 196
5.2.3. Alumnos 2012/13 200
5.2.4. Alumnos 2013/14 205
5.2.5. Alumnos 2014/15 (2º) 211
5.2.6. Alumnos 2014/15 (3º) 212
5.2.7. Alumnos 2014/15 (4º) 212

6. Estadísticos 213
6.1. Datos sociodemográficos 213
6.2. Datos dimensión organizacional 218
6.3. Datos dimensión alumnos 221
6.4. Datos dimensión Formación y Tutorías 224
6.5. Datos dimensión Relaciones Profesionales 227

7. Interpretación de Resultados 230

8. Discusión 232

8. Conclusiones 237

9. Limitaciones del estudio 239

10. Propuestas para nuevos trabajos de Investigación 240
10.1. Aspectos psicosociales de las relaciones de los profesionales de la salud: un estudio de grupos 240
10.2. Percepción de los usuarios de los alumnos de Enfermería 241
10.3. La enfermera rural en el siglo XXI 241

BLOQUE 4. REFERENCIAS, ANEXOS E ÍNDICES 243

1. Referencias 245

2. Anexo. Cuestionarios 269

3. Anexo. Índice de Tablas, Figuras y Fotografías 276

INTRODUCCIÓN

"Ser Enfermera o Enfermero es algo grande, que trasciende en la vida de quién desempeña esta profesión con arte, con profesionalidad, ajustando su personalidad en un especial halo de sentimientos, alegrías y tristezas, que solo la práctica diaria moldea junto a sus pacientes. Se es enfermero o enfermera para toda la vida. Ser alumno de Enfermería es aprender a ser Enfermero desde el primer día de prácticas porque, desde entonces, ya se sabe enfermero o enfermera"

La primera justificación para la realización de esta investigación radica en la aparición del Campus de Ciencias Socio Sanitarias de la Universidad de Murcia en Lorca con lo que se recuperaba en gran medida el prestigio por la enseñanza universitaria, allá por 1791, con la implantación de las cátedras de Gramática, Filosofía y Teología dependientes de la Universidad de Granada que se desarrollaron en el Colegio de la Purísima, aunque cesó en su actividad el 21 de mayo de 1833. Con la reconstrucción del cuartel se recupera a memoria histórica de una institución, la militar, que tanto dio a la ciudad de Lorca y presumo de tener un hermano que ejerció como oficial en ese cuartel Mallorca 13 durante muchos años.

Paralelamente, como segunda justificación, cuando se empezó a hablar del Grado y su utópica implantación "en algún lugar" de Lorca, el entusiasmo de los sanitarios, enfermeros y enfermeras especialmente, fue enorme, tanto como la mayor parte de la ciudadanía que estaban a favor de este evento, con todas las instituciones lorquinas y de las vecinas Comunidades Autónomas, que rápidamente se pusieron a favor de aquel sueño que hoy es una esplendida realidad.

Pero hay una tercera justificación y esta es personal. Desde 2003 formé parte del equipo de Supervisores del hospital Rafael Méndez de Lorca y durante diez años fuí responsable de los alumnos de Enfermería a los que tutoricé en varias etapas diferentes e incluso compatibilicé mi trabajo clínico con las aulas de la Facultad de Enfermería como Profesor Contratado en la asignatura Fundamentos de Enfermería y en esos años, hasta la puesta en marcha del título

de Grado, me propuse el reto de hacer el Doctorado de Enfermería con el firme propósito de que otros compañeros (y alumnos por supuesto) a los que animé constantemente para que siguieran esos pasos aprovechando la inercia existente y homenajear a los cientos de alumnos y alumnas con los que convivimos y tantas veces les recomendé la via master y doctorado como necesarias.

La convivencia de diferentes generaciones de enfermeros compartiendo las mismas tareas con los alumnos muestra lógicamente las diferencias de competencias entre enfermeros jóvenes y veteranos que para los alumnos suponen una excelente oportunidad no solo de aprender de ellos y de otros en cuanto actitud, comportamientos, competencias, normas, etc. si no de intercambiar conocimientos que además de las cuestiones puramente profesionales sanitarias se añaden otras parcelas como es el de las nuevas tecnologías que tán bien defienden los jóvenes alumnos que además, están al día en los últimos conocimientos y gracias a las redes adquieren numerosas competencias transversales que le harán más fácil su adaptación al entorno práctico.

Como no podía ser de otra manera, esta situación de inicio del Grado y las experiencias de los alumnos durante ese periodo en su parcela práctica se nos antoja perfecta para investigar sobre esta nueva etapa universitaria.

MARCO TEÓRICO

BLOQUE 1

IMPLEMENTACIÓN, ESCENARIOS Y FORMADORES

- Los estudios de Enfermería en la Región de Murcia.
- El plan de estudios de graduado en enfermería.
- Contexto del estudio.
- El escenario de las prácticas clínicas.
- Profesionales implicados en la formación práctica.
- Otros profesionales relacionados con la formación de alumnos.

1. LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA EN LA REGIÓN DE MURCIA

1.1 Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)

Para entender el posicionamiento de Enfermería en la actualidad es necesario situarla a partir de la Convergencia Europea y su trascendencia en el entorno español comenzando por las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) que nacieron con la unificación de Enfermeras, Comadronas y Practicantes 1935, aunque en 1952 se reajustaron los planes de estudio hasta su desaparición en 1977 dando lugar a la Diplomatura de Enfermería (DUE) cuyos alumnos comenzaron a utilizar las recién instauradas Escuelas Universitarias.

En la reunión que se celebró en la Sorbona, Universidad de París que concluyó con la Declaración de 1998 por la que Francia, Alemania, Italia y Reino Unido propusieron al resto de países europeos que se comprometieran a continuar en la línea marcada por el desarrollo de la Enfermería en Europa, de tal manera que en Bolonia, Italia, el 19 de Junio de 1999, con 29 países en común acuerdo, se apostó por la libre movilidad de los estudiantes en el espacio europeo con el compromiso, además, de concluir esa coordinación antes del 2010.

Sin embargo surgió el conflicto con la duplicidad de carreras en el mismo espacio a pesar de que los ATS tenían un tiempo límite para actualizarse a DUE. Afortunadamente la nivelación de ATS con DUE se consiguió gracias a la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) al organizar un curso para los ATS que quisiera homologarse y adecuar su carrera de Enfermería en la igualdad de todos los profesionales.

A partir de ese momento, se firmó en Lisboa el Suplemento Europeo (Diploma Suplementa), nacido del acuerdo entre la Asociación Europea de Universidades, la UNESCO y el Consejo de Europa con el firme propósito de adoptar unas estrategias comparativas de equiparación de titulaciones en todo el territorio europeo para converger el empleo y la competitividad del

sistema educativo superior, exhortando a los enfermeros a optar a puestos de superior rango en cuanto a la gestión y liderazgo propios de Enfermería y a participar en los procesos de planificación sanitaria.

En el curso 2005/6 se produjo la primera innovación educativa en el marco de la Convergencia Europea en la Universidad de Murcia, se integraron los conocimientos generales, los transversales y los específicos así como la aplicación de los nuevos créditos europeos (ETCS) y nuevas líneas en cuanto al aprendizaje-evaluación, a las tutorías basadas en la interacción profesor-alumno, el estudio de casos, simulaciones prácticas y estancias clínicas en hospitales y centros de salud. Pero también se hicieron cambios estructurales como la generación de más aulas pero con menos alumnos, más talleres de simulación pero con mejores medios, cambios docentes basados en el proceso de aprendizaje del estudiante, en la adquisición de competencias y conocimientos que le habilitasen para el ejercicio de la profesión en un contexto abierto y en plena transformación.

Paralelamente se trabajaba en la organización de la Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica y la Escuela de Práctica Enfermera de postgrado que finalmente se puso en marcha en 2009-10 con la primera promoción de Grado de Enfermería y la creación del Master oficial de Salud, Mujer y Cuidados así como el Programa de Doctorado en Investigación de Cuidados de Enfermería que presentaba diferentes líneas de especialización.

La Universidad de Murcia completó la adaptación al EEES durante el transcurso del año 2010-2011 para asentar un espacio común a nivel europeo basado en la movilidad, el reconocimiento de titulaciones dando mayor protagonismo a los estudiantes, al fomento del trabajo colaborativo, de las competencias genéricas, transversales y específicas para que el aprendizaje llegue a ser autónomo y permanente.

La normativa sobre prácticas externas establecía que la promoción y gestión de las prácticas externas serían competencia del COIE (Centro de Orientación para la información del Empleo) dependiente de la UMU, organismo que habilitaba a las Universidades, Empresas e Instituciones

para establecer convenios para que los estudiantes realizaran prácticas formativas tanto curriculares como extracurriculares reguladas en los Reales Decretos 1497/1981, de 19 de junio y Reales Decretos 1845/1994, de 9 de septiembre. Los dos objetivos fundamentales que se pretendían alcanzar con la realización de prácticas externas eran:

1. Integrar y relacionar los conocimientos teóricos en experiencias prácticas a través de la adquisición de competencias, capacidades y habilidades personales y profesionales.

2. Impulsar y afianzar vínculos de colaboración entre la Universidad y su entorno empresarial y profesional para hacer más fácil la adaptación a la futura inserción profesional.

1.2 La creación del Campus de Lorca

Este hecho no hubiera sido posible sin la constante presión social la mayoría de la población lorquina que creyó desde el primer momento en este proyecto de Campus Universitario que está gestionado por el Consorcio formado por la Consejería de Universidades, Empresa e Investigación, la Consejería de Educación, Formación y Empleo, el Ayuntamiento de Lorca, la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Lorca, la Confederación Comarcal de Organizaciones Empresariales de Lorca (CECLOR), la Universidad de Murcia y la Universidad Politécnica de Cartagena.

A la hora de crear este Campus, entre otros muchos parámetros, se evaluó la capacidad de gestión económica y financiera del Consorcio que valoró de manera especial el influjo de la ciudad de Lorca, como capital de gran potencial económico, sobre el Levante almeriense que indica un potencial de unos 350.000 habitantes.

El Campus de Lorca se creó a partir del viejo cuartel inutilizado de la Avenida de las Fuerzas Armadas de Lorca, en unos terrenos cedidos

por el Ayuntamiento de la ciudad donde se ubicaba años atrás el cuartel militar de infantería Sancho Dávila, (Fotografía 1) transformado arquitectónicamente para la adecuación a las nuevas necesidades universitarias. De estilo ecléctico, debe su nombre al general del mismo nombre famoso por las campañas militares de Portugal y Países Bajos en el siglo XVI, fue construido para ubicar al regimiento de infantería España 46 en 1924.

En 1931 el cuartel se desmanteló por ciertos ajustes en el ejército y se ocupó de nuevo durante la Guerra Civil por un regimiento de artillería. A finales de 1936 se reconstruyó el cuartel que había sido destrozado y saqueado y en 1937 se instaló la Escuela de Artilleros y finalmente, tras la Guerra Civil se asienta definitivamente el regimiento Mallorca XIII cuya trayectoria se remonta a 1632. (Fotografía 1).

***Fotografía 1**. Cuartel Sancho Dávila en 1925 Fuente: Archivo Municipal de Lorca*

Este cuartel militar de más de 20.000 metros cuadrados, se desmanteló de forma definitiva en 1996 y más tarde sus pabellones fueron derribados en julio de 2007 para construir el Campus (diario la

verdad 27/07/2007) quedando tan solo en pie el Pabellón de Mandos, el resto de fue obra nueva.

El nuevo Campus, cuyo mantenimiento está a cargo del Consorcio creado a tal efecto (Fundación Poncemar, Consejería de Sanidad y Política Social y Universidad de Murcia) tiene como misión la implantación de enseñanzas universitarias y formación profesional de grado superior.

En la actualidad de imparten los Grados de Enfermería y Nutrición Humana y Dietética además de trabajar en la definitiva implantación del Centro de Formación e Investigación de Personas Mayores y de la titulación de Terapia Ocupacional y un master de Geriatría.

También es importante saber que se permite la utilización de sus espacios como Salas, Bibliotecas o Salón de Actos para empresas ajenas al mundo sanitario (Fotografía 2).

***Fotografía 2**. Campus de Ciencias Socio Sanitarias de Lorca.*

La estructura del centro está compuesta por tres bloques, en el edificio principal denominado *A* están los despachos de la Gerencia, profesores y administrativos además del Auditorio. El Pabellón *B* dispone de Biblioteca General y Biblioteca Digital, Aulas, Seminarios, Salas informáticas y el pabellón *C* que se destina a las Aulas Prácticas, Prácticas Clínicas y Sala de Simulación, Aulas teóricas y laboratorios.

2. EL PLAN DE ESTUDIOS DE GRADO DE ENFERMERÍA

2.1 De la Diplomatura a la Implantación del Grado

La transición de Diplomatura a Grado se llevó a cabo sin grandes problemas a pesar de las enormes cargas de trabajo especialmente burocráticas que la empresa necesitaba. Pero en cambio fue importante y trascendente.

El número de alumnos matriculados en prácticas curriculares fueron incrementándose cada año como se aprecia en la Tabla 1, donde aparecen también alumnos de UCAM y de la adscrita a UMU en Cartagena.

Cursos	UMU 2º	UMU 3º	CARTAGENA 3º	UCAM 2º	UCAM 3º	Total
2003/ 4	11	2	3	-	2	18
2004/ 5	7	6	-	6	2	32
2005/ 6	12	7	-	12	20	51
2006/ 7	6	9	-	3	4	22
2007/ 8	12	14	2	10	4	42
2008/ 9	18	16	2	-	26	62
2009/10	4	6	1	5	12	28
Totales	70	61	8	36	81	256

***Tabla 1**. Alumnos de Enfermería de los cursos 2003 / 4 a 2009/10. Fuente: UFDC Hospital Rafael Méndez. (Excluidos alumnos en prácticas extracurriculares y fuera de programación).*

2.2 Cronología

1. Las primeras prácticas del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) en Lorca se hacían en el hospital Santa Rosa de Lima y se realizaban ocasionalmente sin controles ni seguimientos específicos tal como se realizan en la actualidad; los alumnos y alumnas ATS de Lorca o

alrededores que terminaban la carrera podían hacer prácticas no homologadas, de manera que la Supervisora de la Planta de Hospitalización (que responsabilizaba a la enfermera de turno a modo d e tutora) las autorizaba durante un tiempo determinado, informando a la Dirección de Enfermería de tal hecho.

2. Durante los años 80, no se encontraron datos que acrediten la presencia de alumnos de Enfermería en prácticas oficiales en el hospital Rafael Méndez, como tampoco en los 90, no obstante nos consta que sí hubieron pocos alumnos según manifiestan profesionales de la época.

3. A partir del 2000 es cuando comienzan a reconocerse las prácticas de Enfermería de manera oficial, las Escuelas en su momento remitían a los coordinadores generales de los hospitales la documentación de los alumnos y el listado general con los periodos de prácticas y sus fechas correspondientes. Los enfermeros y enfermeras, por su parte, se interesaron entonces por la formación de los alumnos con vistas a poder ejercer como tutores algún día y estudiaron todo lo concerniente a la formación de los alumnos y su plan de estudios.

4. Hubieron desde el principio tres Planes de Estudios diferentes, asumiendo la Universidad de Murcia (UMU) estos cambios sin dificultades por la gran capacidad de adaptación a las exigencias internacionales para la consolidación de la formación superior. Todos los planes tenían en común la distribución de las asignaturas por cursos de acuerdo a la formación del Diplomado Universitario en Enfermería.

5. La característica de todos los Planes de Estudios era impartir durante el Primer Curso las asignaturas consideradas de preparación para la carrera y por lo tanto, fundamentales en la formación del estudiante, el Segundo Curso se caracterizaba por el estudio de las asignaturas clínicas básicas para el enfermero generalista y el Tercer Curso para el aprendizaje de asignaturas clínicas específicas.

6. Los alumnos de Enfermería de la UMU que realizaron las primeras prácticas curriculares en Lorca lo hicieron coincidiendo con el Segundo Plan de Estudios, implantado y aprobado en la Junta de Gobierno de la UMU en 1997. (El primero fue en 1991). Ver Fotografía 3.

Fotografía 3. *Grupo de Alumnos de la etapa de Diplomatura (2004 /2005) después del Plan de Acogida*

El tercer Plan de Estudios, con prácticas curriculares, fue aprobado en la Junta de Gobierno del 9/7/1999, homologado por el Consejo de Universidades el 18/10/1999 y modificado el 19/9/2000 y fue publicado en el B.O.E. del 12/12/2000. Estas eran las asignaturas del currículo (Tablas 2,3 y 4).

DIPLOMATURA. ASIGNATURAS DE PRIMER CURSO
FUNDAMENTOS TEÓRICOS
FUNDAMENTOS METODOLOGICOS
FUNDAMENTOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ESTRUCTURA Y FUNCIÓN I. Anatomía.
ESTRUCTURA Y FUNCIÓN II. Fisiología
CIENCIAS PSICOSOCIALES Y APLICADAS
ENFERMERÍA COMUNITARIA I
BIOESTADÍSTICA
HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y DOCUMENTACIÓN
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENFERMERÌA
BIOQUÍMICA

BIOFÍSICA RADIOLÓGICA EN ENFERMERÍA
CITOLOGÍA E HISTOLOGÍA
MICROBIOLOGÍA

***Tabla 2**. Asignaturas de Diplomatura en 1º Curso. Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de la UMU.*

Optativas

Salud Integral de la mujer. Relaciones Humanas en Enfermería. Bioestadística clínica. Sociología de la vejez. Cambios demográficos y Sociología de la Salud. El trabajo social en las Ciencias de la Salud. Antropología Social.

DIPLOMATURA. ASIGNATURAS DE SEGUNDO CURSO
ENFERMERIA COMUNITARIA II
ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA I
FARMACOLOGÍA
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
ÉTICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERÍA
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS EN ENFERMERÍA
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ENFERMERÍA

***Tabla 3**. Asignaturas de Diplomatura 2º Curso. Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de UMU*

Optativas

Bases biológicas de la respuesta sexual humana. Cuidados de Enfermería de pacientes en situación terminal. Enfermería y drogodependencia. Profundización en diagnóstico de Enfermería. Perspectiva transcultural. Cuidados de la salud europea. Bioética.

DIPLOMATURA. ASIGNATURAS DE TERCER CURSO
ENFERMERIA COMUNITARIA III
ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA II
ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL I
ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL II
ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA
ENFERMERÍA PSIQUIÁTICA Y DE SALUD MENTAL
ENFERMERÍA GERIÁTRICA
FARMACOLOGÍA CLÍNICA EN ENFERMERÍA

***Tabla 4**. Asignaturas de Diplomatura de 3º curso.*
Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de UMU.

Optativas

Teoría y modelos de Enfermería. Relaciones Humanas en los cuidados de Enfermería. Metodología de los Cuidados de Enfermería de pacientes en situación terminal. Enfermería y drogodependencia. Profundización en diagnóstico de Enfermería. Perspectiva transcultural. Cuidados de la salud europea. Bioética.

2.3 Grado de Enfermería

Con el Grado de Enfermería se adecúa un nuevo perfil profesional: "Los Enfermeros/as son profesionales capaces de prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Los amplios conocimientos y competencias adquiridas en ciencias de la salud, humanas y sociales, les capacitan para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la salud de las personas, familias, grupos y comunidad" (Título de Grado de Enfermería. Lorca. 2017), desde la asistencia, la docencia, la investigación o la gestión. Fotografía 4.

***Fotografía 4**. Alumnos de Grado en el patio del Hospital Rafael Méndez. Plan de Acogida. (2013).*

Las notas de corte de los últimos 3 cursos académicos fueron las siguientes:

- Curso 2014/15 … 9.330
- Curso 2015/16 … 9.83
- Curso 2016/17 … 9.95

En cuanto al Plan de Estudios de Grado en el primer año de su implementación podemos ver su composición en las Tablas 5, 6, 7 y 8.

GRADO. ASIGNATURAS DE 1º CURSO	
ANATOMÍA HUMANA	CUA (1)
BIOLOGÍA CELULAR E HISTOLOGÍA	CUA (1)
BIOESTADÍSTICA	CUA (1)
BIOQUÍMICA	CUA (2)
FISIOLOGÍA HUMANA	CUA(2)
MICROBIOLOGÍA	CUA (2)
NUTRICIÓN HUMANA	CUA (2)
BIOFÍSICA, RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA	CUA (2)
HISTORIA Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMERÍA	CUA (1)
FUNDAMENTOS BÁSICOS	CUA (1)
FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS 1	CUA (1)

***Tabla 5**. Asignaturas de Grado. 1º curso.*
Fuente: Título de Grado de Enfermería. Universidad de Murcia.

GRADO. ASIGNATURAS DE 2º CURSO	
FARMACOLOGÍA HUMANA	CUA (1)
CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	CUA (1)
BASES DE ENFERMERÍA COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	CUA (1)
ENFERMERÍA, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA	CUA(2)
CUIDADOS PALIATIVOS	CUA (2)
ENFERMERÍA DEL ADLTO 1	CUA (1)
ATENCIÓN A LA SALUD DE LA COMUNIDAD	CUA (2)
ÉTICA, BIOÉTICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERÍA	CUA (1)
ENFERMERÍA DEL ADULTO 2	CUA (2)
PRÁCTICAS CLÍNICAS I	CUA (2)

***Tabla 6**. Asignaturas de Grado. 2º curso.*

Fuente: Título Grado deEnfermería.Universidad Murcia

El objetivo general del Grado es formar enfermeros y enfermeras generalistas que tengan un conocimiento profundo de todo lo relacionado con Enfermería para optar a puestos sanitarios de sanidad, educación, empresas de cualquier tipo donde sea necesaria una enfermera o enfermero líderes en desarrollo de proyectos.

Estas son las competencias que deben adquirir los alumnos de 2º curso (Tabla 7) de Grado en sus prácticas.

1. Valorar, comprender e interpretar datos clínicos básicos para evaluar el Estado de salud de las personas.

2. Diseñar planes de cuidados básicos e identificar situaciones clínicas requieran cuidados enfermeros utilizando la taxonomía NANDA.

3. Llevar a cabo cuidados básicos de Enfermería en colaboración con el resto de miembros de profesionales del equipo de salud.

4. Ser capaz de respetar el código ético profesional y establecer relaciones adecuadas con el equipo de salud, el paciente y la familia.

GRADO. ASIGNATURAS DE 3º GRADO	
ENFERMERÍA Y SALUD DE LA MUJER	CUA (1)
ENFERMERÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	CUA (1)
ENFERMERÍA DEL ENVEJECIMIENTO	CUA (1)
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	CUA (1)
HABILIDADES DIRECTIVAS Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA	CUA (1)
FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS 2	CUA (2)
CUIDADOS CRÍTICOS	CUA (2)
ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS Y CULTURAS DE LA SALUD	CUA (2)
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOLOGÍA DE LA SALUD	CUA (2)
SOCIOLOGÍA DE LA VEJEZ	CUA (2)
COOPERACIÓN AL DESARROLLO E INMIGRACIÓN	CUA (2)
PRÁCTICAS CLÍNICAS II	CUA (2)

***Tabla 7**. Asignaturas de Grado. 3º curso.*
Fuente: Título de Grado de Enfermería. Universidad de Murcia.

Éstas son las competencias que deben adquirir los alumnos de 3º curso de Grado en sus prácticas

1. Planificar y prestar cuidados de Enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando sus resultados y estableciendo las modificaciones oportunas.

2. Realizar cuidados de Enfermería basándose en una atención integral de salud, cooperación multiprofesional, integración de los procesos y continuidad asistencial.

3. Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales.

4. Manejar y administrar fármacos por vía parenteral de manera segura.

5. Conocer y manejar los sistemas de información sanitaria.

GRADO. ASIGNATURA PRÁCTICAS DE 4º CURSO	
PRACTICUM I	ANUAL
PRACTICUM 2	ANUAL
PRACTICUM 3	ANUAL
PRACTICUM 4	ANUAL
PRÁCTICA CLÍNICA Y ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA	CUATR. (1)
TRABAJO FIN DE GRADO	CUATR. (2)

***Tabla 8**. Asignaturas de Grado. 4º curso.*
Fuente: Título de Grado de Enfermería. Universidad de Murcia.

Las principales competencias transversales y de materia en el Prácticum 1:

1. Conocer la estructura física y funcional del Centro de Salud y las funciones del personal sanitario y no sanitario, el programa de la Historia Clínica (OMI-AP), la Cartera de Servicios y las demás actividades propias de Atención Primaria.

2. Participar en la observación, valoración y diagnóstico de las necesidades de individuos, familia y comunidad, a través del Modelo Área y taxonomías NANDA, NIC, NOC. (diagnósticos, intervenciones y resultados).

3. Asistir en la atención domiciliaria, realizar controles de salud en la Atención al Niño y al Adolescente y de Educación para la Salud en la Escuela.

4. Realizar actividades de promoción para la salud y actividades propias como extracciones de sangre, inyectables, curas, pruebas diagnósticas, y otras.

Las principales competencias transversales y de materia en el Prácticum 2:

1. Realizar la atención sanitaria adecuada a las necesidades de salud de las personas de acuerdo a su estado, considerándolas como individuos autónomos e independientes, respetando sus creencias, valores e intimidad a través de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado y libre toma de decisiones.

2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familias o grupos de acuerdo a los resultados en salud con sistemas de cuidados que puedan modificarse siempre con evidencia científica.

3. Incentivar a los usuarios a participar en estilos de vida saludables como autocuidados y conductas preventivas y terapéuticas protegiendo la salud y el bienestar.

4. Evaluar desde la cientificidad, trabajar en equipo de forma uni, multi o interdisciplinarmente.

5. Considerar a las personas como individuos autónomos e independientes, sus creencias y valores, la confidencialidad y el secreto profesional, el consentimiento informado y la libre toma de decisiones.

6. Utilizar adecuadamente los medicamentos, evaluando riesgos asociados y reconocer el riesgo vital en las situaciones precisas sabiendo realizar las maniobras de soporte vital básico y avanzado.

Las Principales competencias transversales y de materia en el Prácticum 3:

1. Practicar la metodología propia en el servicio de UCI demostrando actitudes para el trabajo en equipo, valorando las situaciones de riesgo vital y ejecutando adecuadamente las maniobras de soporte vital básico participando en las de soporte vital avanzado.

2. Administrar con seguridad los fármacos de alto riesgo y las diversas terapias conociendo sus efectos.

3. Conocer el manejo de los aparatos del servicio de UCI, aplicar los cuidados correctamente a los individuos en situación crítica, realizando con destreza los distintos procedimientos y demostrar habilidades de comunicación tanto con el paciente, familia y equipo de trabajo.

4. Conocer las cláusulas de confidencialidad y privacidad contempladas en la Ley que puedan ser demandadas por el paciente o familia.

Las principales competencias transversales y de materia en el Práctica 4 son:

1. CUIDADOS PALIATIVOS:

   - Conocer el entorno clínico y familiar identificando al cuidador principal informándole durante el proceso explicándole cómo manejarlo demostrando habilidades de comunicación con el paciente y su entorno.

   - Demostrar habilidades en los proceso de duelo manejando los síntomas previos en situación terminal.

   - Conocer las vías de administración de fármacos más adecuada y controlar el dolor de los enfermos avanzados y terminales.

2. INFANTIL:

   - Aplicar la teoría a la práctica, identificando las necesidades del niño y de los cuidados precisos en el neonato identificando las etapas de infancia y adolescencia valorando el patrón normal de desarrollo.

- Conocer los problemas más frecuentes de la infancia y sus manifestaciones estableciendo una relación terapéutica con niños y cuidadores.

- Seleccionar intervenciones para el niño sano y enfermo proporcionando educación para la salud a padres y cuidadores.

3. PARITORIOS:

- Aplicar cuidados de Enfermería durante y después del parto normal valorando signos de alarma y el puerperio inmediato identificando, además, los medios para tratar el dolor en el parto.

- Enseñar la técnica de lactancia materna y sus cuidados a la madre.

- Aplicar cuidados generales en la adaptación de mujeres y neonatos para prevenir complicaciones.

4. CUIDADOS CRÍTICOS:

- Utilizar los patrones de Gordon y manejar las escalas de valoración.

- Elaborar un plan de cuidados individualizado con valoración, diagnóstico y planificación de taxonomías NANDA, NIC, NOC.

- Conocer el funcionamiento de los numerosos aparatos específicos como respiradores, incubadoras, cunas térmicas, fototerapia, oxímetro, pulsioxímetro, aparato de óxido nítrico, etc.

- Identificar las necesidades básicas del neonato, niño y/o

adolescente. Reconocer situaciones de riesgo vital y saber ejecutar maniobras de soporte vital básico y avanzado.

5. SALUD MENTAL:

- Demostrar empatía y respeto con el paciente y familia estableciendo una relación terapéutica que facilite una comunicación efectiva. Realizar los cuidados con actitud cooperativa, aplicando el proceso de Enfermería y los cuidados integrales en base a NANDA, NIC y NOC.

- Conocer la legislación y el código ético y deontológico en la prestación de los cuidados, respetando el derecho a la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.

- Adecuar el cuidado a los pacientes conociendo los problemas de salud mental más relevantes para que puedan ser integrales y eficaces.

En la elaboración del Trabajo Fin de Grado que se realizará durante el último curso del Grado de Enfermería, cada dos alumnos estarán tutelados por un profesor a tiempo completo o parcial, de estos, la mayoría compatibiliza normalmente la actividad clínica con la académica. (Aneca. Informe de Autoevaluación, 2016, TFG). Estos son cambios que se produjeron con el cambio de Diplomatura a Grado respecto a las prácticas (Tabla 9):

PRÁCTICAS DIPLOMATURA	PRÁCTICAS DE GRADO
Un solo Profesor Asociado	Cuatro profesores Asociados
Escasa información a los alumnos	Alumnos mucho mejor informados
Buena formación académica	Mejor formación académica
Tutores menos implicados	Más experiencia e implicación en los tutores
Menos alumnos, menos exigencias	Más alumnos, más exigencias
Escaso nivel informático	Buen nivel informático
Escasa Formación investigadora	Buen nivel investigador
Escaso manejo de otro idioma	Buen nivel de idioma extranjero

***Tabla 9**. Mejoras en la transición de la Diplomatura al título de Grado. Elaboración propia.*

Una vez conseguida la graduación, se presenta la tesitura de que hacer a partir del día después, puesto que en muchas ocasiones los alumnos ven con bastante incertidumbre el futuro.

Las opciones, además de inscribirse en la bolsa de trabajo en la asistencia pública, recurrir a la preparación de oposiciones o buscar oportunidades en otros países son las áreas donde los egresados podrán continuar sus estudios:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Además existen otras posibilidades muy interesantes como son realizar algún máster en la Universidad de Murcia:

- Salud, Mujer y Cuidados, por parte de la Facultad de Enfermería.
- Máster Universitario en Bioética, Facultad de Medicina.
- Máster Universitario en Envejecimiento, Facultad de Medicina.
- Máster Universitario en Gestión de la Calidad de Servicios de Salud, Facultad de Medicina.
- Máster Universitario en Salud Pública, Facultad de Medicina.

3. CONTEXTO DEL ESTUDIO

3.1 Precedentes

Echando la vista atrás a la historia de los hospitales de Lorca nos situaremos en 1576, con la unificación de tres pequeños hospitales de la ciudad, San Julián, Santa Ana y San Antonio, que dieron lugar al hospital de Nuestra Señora de la Concepción en 1540 al que en 1575 se le une el hospital San Juan Bautista, solo para mujeres y en 1835, se fundieron en uno solo, dando lugar al hospital de la Beneficencia (Fotografía 3), en 1930 se crea la Clínica Sanatorio Oftalmológico del doctor Miguel Martínez Mínguez, Bernardino López de Teruel inaugura también su Clínica de cirugía y radiología hasta 1953, año de su fallecimiento. Ambas eran privadas.

Más tarde, en 1956 se inaugura el sanatorio Virgen de la Huertas también de carácter privado, sustituido en 1974 por el Centro Comarcal de Salud, que a su vez tenía su antecedente en el Centro Secundario de Higiene Rural donde también se estableció la Casa de Socorro, el Centro Maternal de Urgencia y el Centro de Higiene. También en los años cincuenta se abren cuatro nuevas clínicas, entre ellas el Sanatorio del Carmen de los doctores Fuentes y Campoy con doce camas, José Pallarés, “maternologo” también inauguró su clínica. En un lateral del Hospital San Juan de Dios (Fotografía 3) el doctor José Luis Martín como director del mismo, hizo construir una clínica para enfermos pudientes. (Sala. 1997). Fotografía 5.

***Fotografía 5**. 1935: Antiguo hospital de la Beneficencia San Juan de Dios. Fuente: Diario La Verdad. Autor: Pedro Menchón. Archivo Municipal. Murcia.*

Los hospitales entonces comenzaron a elevar su categoría a base de incorporar los mejores medios posibles y en ese sentido, el hospital Virgen del Alcázar fue el primero que lo hizo, inaugurado en 1972 quedó destrozado por las gravísimas inundaciones de 1973, aunque solo un año después volvió a ser útil con 43 camas disponibles y disponibilidad de grandes adelantos para la época.

En 1974 se inauguró la Residencia Sanitaría de la Seguridad Social Santa Rosa de Lima (Fotografía 6) que cumplió sus funciones hasta que en 1990 fue sustituido por el hospital Rafael Méndez. (Sala, 1972).

***Fotografía 6**. Antiguo hospital Santa Rosa de Lima de Lorca.*

3.2 Hospital Rafael Méndez: Estructura física

Las estructuras de los hospitales establecen marcos de identidad en el lugar geográfico donde se ubican, reconocimiento visual y estrategia social que propicia la creación a su alrededor un urbanismo dependiente donde los negocios e infraestructuras relacionados especialmente con asuntos sanitarios, restauración o aparcamientos se establecen casi como un ritual (negocio) siempre y cuando lo permitan los espacios urbanos disponibles y eso es lo que comprobamos cada vez que asistimos a un centro, especialmente en las zonas de expansión de las ciudades.

El hospital Rafael Méndez no escapa a esos condicionantes, situado en la diputación La Torrecilla es el hospital referente en el Área III del Servicio Murciano de Salud, situado a 5 kilómetros del centro de la ciudad, tiene un acceso directo por la carretera nacional 340, en el kilómetro 389 y otro más por la autovía A7, salida 587.

Fue construido en una superficie de más de cincuenta y cinco mil metros cuadrados de los que el 33% fue la superficie construida útil porque en realidad en el resto de la parcela no es útil y solo queda la posibilidad de expandirse en superficie vertical. Se compone de dos estructuras bien diferenciadas, el edificio de Consultas Externas y el bloque de Hospitalización, unidos por tres pasillos paralelos. (Figura 1).

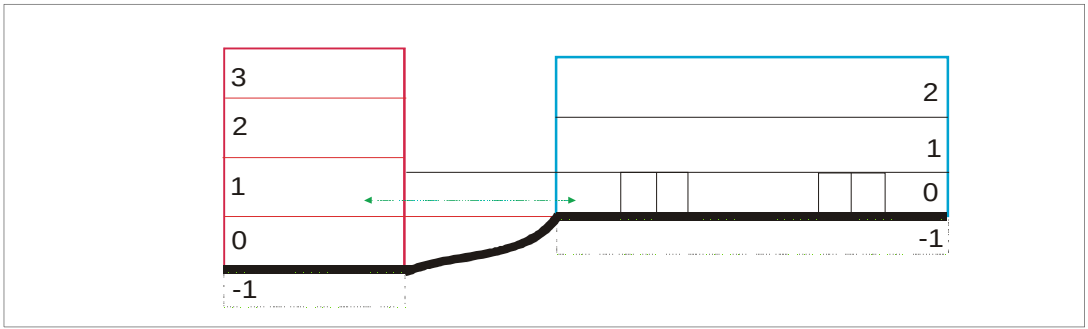


***Figura 1**. Esquema del Complejo H.G.U. Rafael Méndez. Elaboración propia.*

El hospital fue inaugurado en abril de 1990 con una plantilla formada por 183 ATS/DUEs y contaba con 154 camas al inicio de la actividad para pasar a 216 al año siguiente. El Complejo se compone de 2 edificios principales, el de Hospitalización y el de Consultas Externas, fue inaugurado por el propio doctor Rafael Méndez en Abril de 1990 y desde entonces, se han desarrollado diferentes fases de ampliación que han posibilitado una dotación de 283 camas. El edificio tiene la virtud de ser muy luminoso gracias a sus numerosas cristaleras y patios interiores ajardinados que evita la sensación claustrofóbica típicas de muchos hospitales

Las Unidades de Enfermería de Planta de Hospitalización son similares, de forma rectangular, un pasillo con 2 sectores y un control de Enfermería en el centro, lo que facilita la organización de las actividades. En 1990-91, año de su inauguración, trabajaban en estas instalaciones cerca de 350 enfermeros y enfermeras. Esta situación se agudiza con la ubicación de los alumnos en prácticas, no solo de Enfermería sino también los alumnos de Formación Profesional. El edificio de hospitalización propiamente dicho se compone la Planta Sótano donde se ubica la zona de vestuarios, el acceso al Salón de Actos, el Aula 2 de Formación y la cafetería de personal. (Figura 2)

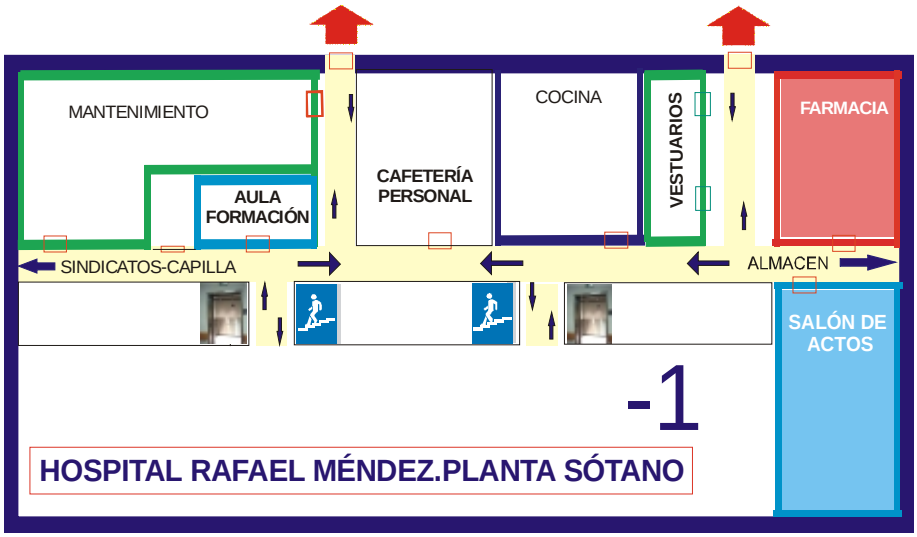


***Figura 2**. Plano de Planta Sótano. Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.*

En Planta Baja se reconocen tres puertas de acceso, la primera es la principal por la que se accede a Información General, Direcciones y Servicio de Atención al Usuario; por otro pasillo paralelo se accede las Plantas de Especialidades, Pediatría y Maternidad y enfrente Laboratorio-Extracciones-Hematología y por el acceso a Consultas, la segunda puerta, se encuentran las unidades de Formación, Docencia, Investigación y Calidad, Biblioteca y Aula 1 de Formación. (Figura 3).

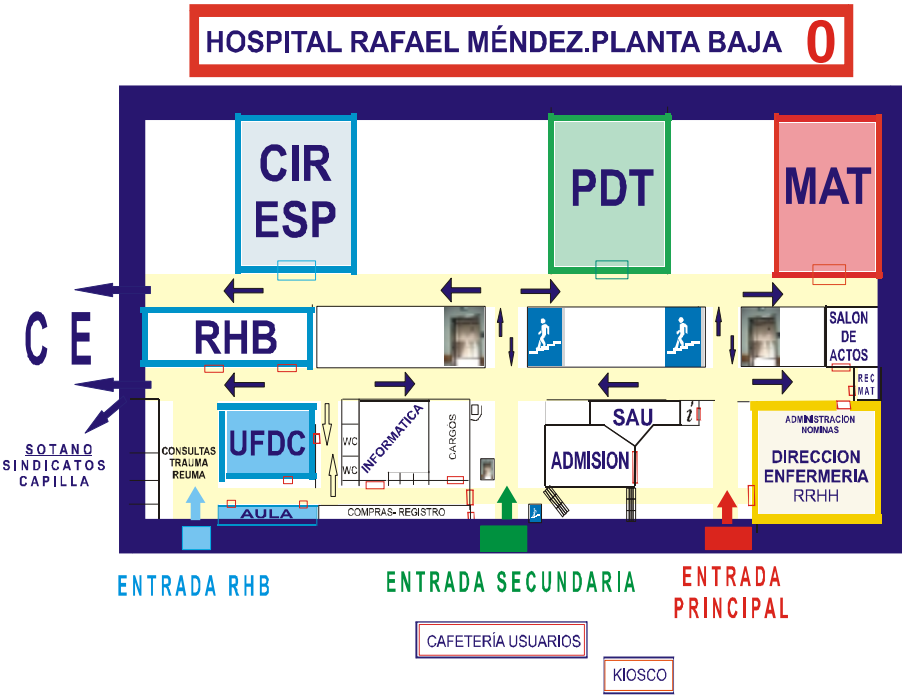


***Figura 3**. Plano de Planta Baja. Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.*

En la Primera Planta se encuentran dos Unidades de Medicina Interna y Cirugía General en el pasillo sur, Psiquiatría, Urgencias, Radiología, Laboratorio, Diálisis y Pruebas Especiales en el pasillo norte. En la Segunda Planta están la Unidad de Traumatología, al final del pasillo y Esterilización, Paritorios, Quirófanos, Reanimación, UCI y Hospital de Día en el pasillo norte. (Figura 4).

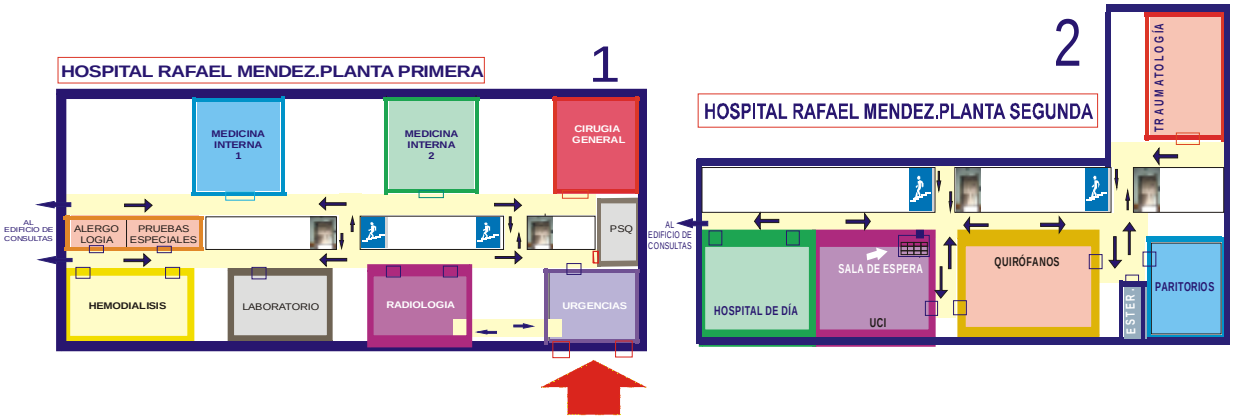


***Figura 4**. Planos de las Plantas Primera y Segunda.*

Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.

El Pabellón de Consultas, anexo al edificio hospitalario acoge las unidades de Admisión, Archivos, 2 plantas de Consultas y el servicio de Salud Laboral. Este edificio se comunica con el de Hospitalización a través de 3 pasillos interiores. (Figura 5).

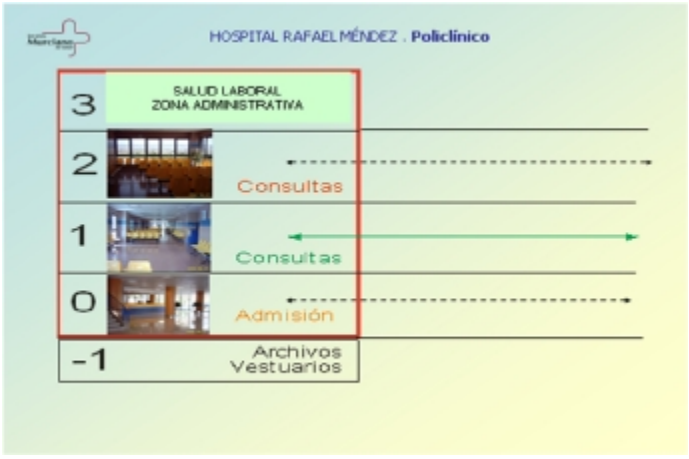


***Figura 5**. Distribución del edificio de Consultas. Elaboración propia*

3.3 Hospital Rafael Méndez: Estructura organizativa

El 26 de Marzo de 2007, el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud adoptó el acuerdo de aprobar el Reglamento de Organización, Estructura y Funcionamiento de la Gerencia del Área de Salud, mediante el cual, se unificaban en una Gerencia Única las

antiguas Gerencia de Atención Primaria de Lorca y la Gerencia del Hospital Rafael Méndez. Esta resolución de 11 de Abril de 2007 fue publicada en el BORM del 26 de mayo de 2007, siendo efectiva al día siguiente: 27 de mayo de 2007, fecha real de inicio la organización como tal.

Más tarde en 2010 fue acreditado oficialmente como General Universitario. (Fotografía 6).

Fotografía 7. *Hospital Rafael Méndez de Lorca. Fuente: M.A. Sanz.*

El área de influencia del Área III son los municipios de Águilas, Aledo, Totana y Puerto Lumbreras que disponen de nueve centros de salud, un centro de especialidades, 29 consultorios periféricos, 3 SUAP (Servicios de Urgencias de Atención Primaria), 1 Centro de Especialidades Médicas y 1 Centro de Salud Mental y Odontología. En todo el Área III trabajan más de mil personas. La población atendida es de más de 170.000 habitantes, en 2013, que se supera ampliamente con la celebración de los Carnavales de Águilas, la Semana Santa de Lorca y sobre todo en época estival. La oferta asistencial y distribución

de plantilla entre 2011 y 2016 la podemos observar en las Tablas 10 a 15:

MIR EN 2016 (Médicos Internos Residentes)	
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	27
MEDICINA INTENSIVA	3
MEDICINA INTERNA	5
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	4
PEDIATRIA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	6

Tabla 10. *Médicos Internos Residentes (MIR) en 2016. Fuente: Gerencia del Área III*

EIR EN 2016 (Enfermeros Internos Residentes)	
SALUD MENTAL	4
ENFERMERÍA OSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	6
ENFERMERÍA PEDIÁTRICA	2

Tabla 11. *Enfermeros Internos Residentes (EIR) en 2016. Fuente: Gerencia Área III*

PERSONAL	**2011**	**2016**
FACULTATIVOS SANITARIOS	190	345
SANITARIOS NO FACULTATIVOS	289	735
DIRECCIÓN Y GESTIÓN	12	7
RESIDENTES MÉDICOS(MIR)	45	
RESIDENTES DE ENFERMERÍA (EIR)	12	

Tabla 12. *Evolución del personal Facultativo y no Facultativo, MIR, EIR y Dirección. 2011/2016. Fuente: Gerencia Área III*

PRESUPUESTOS	2011	2016
COMPRAS	38.895.858 €	49.209.153 €
SERVICIOS EXTERIORES	2.819.814 €	4.558.554 €
GASTOS DE PERSONAL	81.858.983 €	80.690.012 €
INVERSIONES	438.772 €	16.905.019 €

Tabla 13. *Actividad económica. Fuente: Gerencia del Área III*

INGRESOS		
SERVICIO	**2011**	**2016**
MEDICINA INTERNA	1.072	5.029
PEDIATRÍA	952	1.057
CIRUGÍA	2.913	3.216
OBSTRETICIA	1.795	1.999

Tabla 14. *Actividad Propia del centro. Fuente: Gerencia del Área III*

ACTIVIDAD	2011	2016
INGRESOS PROGRAMADOS	2.363	2.042
INGRESOS URGENTES	9.138	9.497
INTERVENCIONES PROGRAMADAS CON HOSPITALIZACIÓN	2.151	1.673
INTERVENCIONES PROGRAMADAS URGENTES	1.407	1.235
INTERVENCIONES CMA PROGRAMADAS	1.407	1.020
INTERVENCIONES SIN INGRESO PROGRAMADAS	958	658
PARTOS VAGINALES REALIZADOS	1.271	1.205
CESÁREAS	358	417
NACIDOS VIVOS	1.639	1.622
PACIENTES MÉDICOS HOSPITAL DE DÍA	886	2.694
CONSULTAS REALIZADAS EN HOSPITAL	183.173	192.742
URGENCIAS TOTALES EN HOSPITAL	76.591	81.609
TRASLADOS DESDE URGENCIAS	977	1.118

Tabla 15. *En 2016 hubo obras de ampliación en quirófanos y paritorios (menor actividad)*

3.4. La Dirección de Enfermería garante de las prácticas de alumnos

La Dirección Gerencia del Área III de Salud, suscribió los pertinentes compromisos para la realización de las prácticas curriculares de los alumnos de Enfermería y la Dirección se responsabilizó de su organización en base a la Ley 4/1994, de 26 de julio ya mencionada, cuyos compromisos se van renovando sucesivamente.

La Dirección de Enfermería, responsable primera de los Cuidados que se practican a los pacientes del Área III de Salud y de la formación de alumnos ha querido adaptar el organigrama institucional de su división a la actualidad cambiante y a las propias necesidades de la organización, que en la medida de lo posible, tanto en procesos como en servicios técnicos, procura cubrir las expectativas tanto de los profesionales como de pacientes, familiares y por derivación, de los alumnos. Tanto es así, que la implementación del Grado ha supuesto un mayor compromiso, si cabe, para ofrecer todas las herramientas, recursos materiales y personal necesario para que las prácticas curriculares se puedan realizar con las máximas garantías de eficiencia, velando por la seguridad de alumnos y de los propios pacientes.

En la Tabla 16 podemos ver el organigrama que presenta la Dirección de Enfermería en la actualidad de 2017, donde la Misión, Visión y Valores reflejan la identidad del colectivo de Enfermería ante la comunidad a la que asiste en base a su finalidad, expectativas y funcionalidad presentes y futuras.

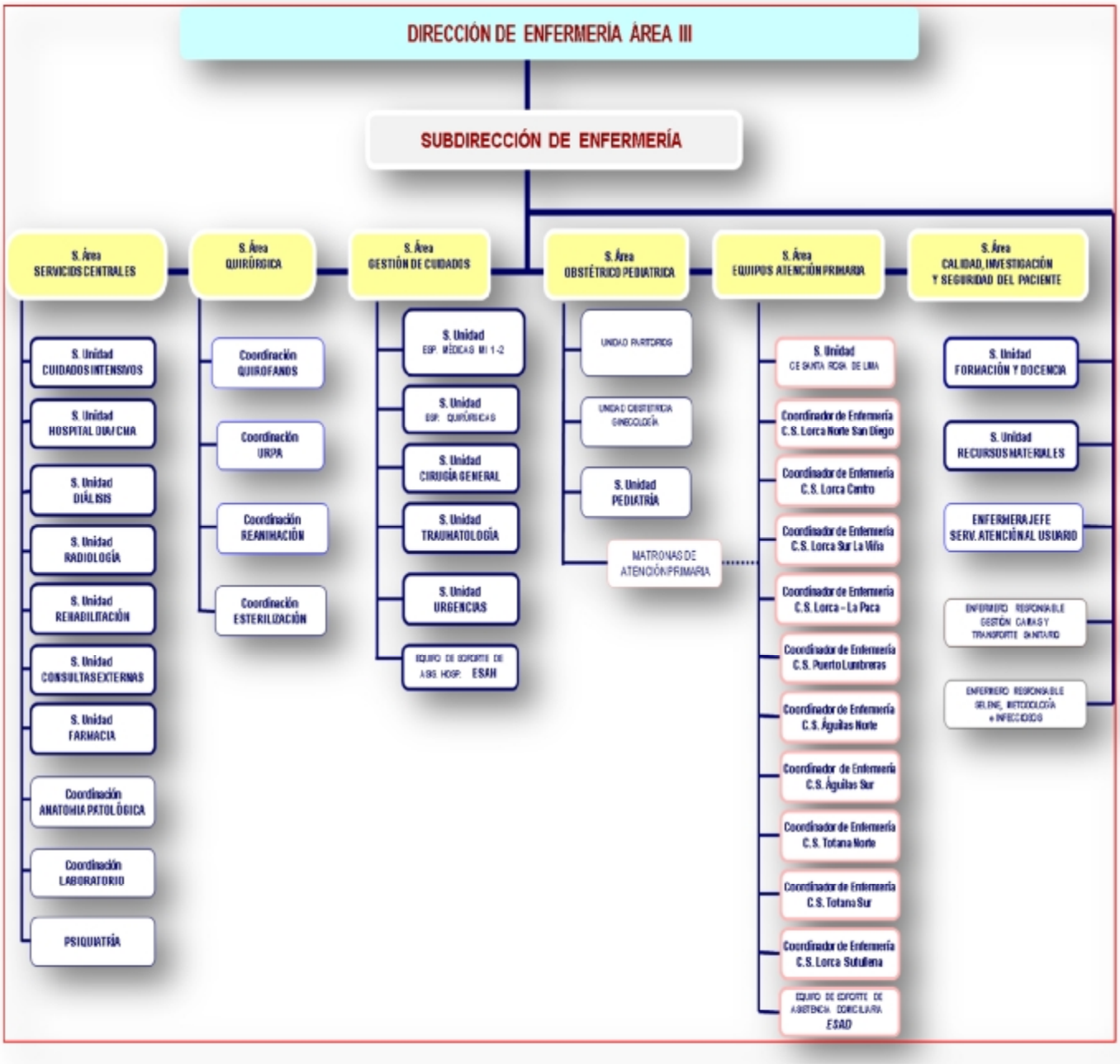


Tabla 16. *Organigrama de la Dirección de Enfermería. Fuente: Dirección de Enfermería*

MISIÓN.

Proporcionar cuidados de enfermería de calidad a través del desarrollo de las competencias profesionales con continuidad de cuidados, aplicando destrezas, habilidades y conocimientos basados en la evidencia científica, con el mejor trato humano y el manejo óptimo de los recursos, para satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, familias, comunidad y sociedad.

VISIÓN.

Ser un centro comprometido con la excelencia de los cuidados de Enfermería, orientado hacia la Enfermería avanzada, con autonomía profesional y procesos de mejora continua, basados en la mejor evidencia científica posible y ser reconocidos por nuestros usuarios y profesionales por el alto nivel de satisfacción.

VALORES.

Las personas, en la sociedad y en los profesionales.

Con estos fundamentos, en 2016, la plantilla de la División de Enfermería en Hospitalización donde se desarrollan estas prácticas curriculares la componían los siguientes profesionales (Tabla 17):

PLANTILLA DE ENFERMERÍA 2016						
ENFERMERÍA	**AUX. ENFER.**	**TER**	**TEL**	**TAP**	**MAT**	**FIS**
210	212	20	34	5	12	11

Tabla 17. *Plantilla orgánica de la División de Enfermería (2017). Fuente: Dirección de Enfermería*

3.4.1 Liderazgo

Los alumnos de Enfermería van a estar influenciados por dos liderazgos en distinto ámbito, por un lado, el que ejerce el Supervisor de la Unidad como responsable de todos los enfermeros y enfermeras de dicha unidad que permanece en segundo plano con respecto a la atención y dirección específica

que ejerce el Tutor hospitalario. Veamos algunas definiciones de Liderazgo:

- Hunter (2007) dice que el liderazgo es la influencia del líder sobre los demás para conseguir los objetivos programados, con entusiasmo, para alcanzar el bien común.

- Grinberg (1999) habla de un proceso que transforma, desarrolla y motiva a las personas gracias a su motivación, a las capacidades en las que se sustenta y a los valores adquiridos.

- O´connor (2006) creía en la capacidad de los líderes para presentar propuestas y que los afectados quisieran llevarlas a cabo manteniendo buenas relaciones, siendo eficaces en la atención a los objetivos programados y para ello debía demostrar gran confianza en sí mismo, lejos de los estereotipos de si el líder es un auténtico líder, si se nace siendo líder o se "fabrica" en base a una adecuada formación y experiencia, que en cualquier caso, es una condición que se puede entrenar, porque no hay modelos prefijados, que sí estilos, porque el líder debe ser, sobre todo, un facilitador necesario (Pangrazzi, 2001).

Pero en ocasiones se producen ciertas tergiversaciones en el lenguaje del tutor en una suerte de *erosión* de conceptos que los alumnos confunden en cuanto su significado real y trascienden al desentendimiento de lo que es necesario hacer y lo que realmente se hace, por eso, los mensajes del líder han de ser bien dirigidos, claros y contundentes, corrigiendo en cada caso las posturas que se desvíen de lo esperado.

Lo más importante de los retos que un líder debe superar son los resultados, especialmente los no cualitativos y para ello requiere de unas condiciones tales como ser habilidoso en el

trato de los problemas, en la construcción de la solución de esos problemas y en el juicio social (Pautt (2011) y para ello ha de ser habilidoso y ser poseedor de un buen juicio social e inteligencia emocional.

En todas las grandes organizaciones que se precien de serlo, como los hospitales que lo son de primer orden, el poder del liderazgo debe interactuar con los grupos coexistentes, jamás imponiendo, siempre cooperando, cooperar, la dominación con la imposición sería excluyente pues negaría a los otros el protagonismo del poder lejos de la igualdad que propone la cooperación con espacios propios donde el liderazgo es reconocido por el o los otros.

Los diferentes tipos de liderazgo que adoptan las Direcciones de Enfermería en su filosofía de trabajo marcan las líneas de actuación que seguirán los profesionales, de modo que el propio alumnado en prácticas podrá ser testigo directo del engranaje organizacional y más aún, comprobar que tipo de liderazgo ejercerá su tutor, para que repercuta positivamente en su aprendizaje. Si es un auténtico líder, sea cual sea su tendencia, destacará por su capacidad de atraer a los alumnos o quizás esté a la sombra, sin excesivo protagonismo y ser igualmente efectivo en su trabajo, porque además, los líderes se prefieren que sean de perfil eminentemente humanista, tal como indica Torres (2011).

En algunos casos un liderazgo puede ser *blando*, nombrado por estrategias de dudosa ejemplaridad y que se descubre por la falta de carisma, empatía, o ambigüedad, porque incluso un liderazgo básico lo puede ejercer cualquier persona capaz de motivar, dirigir y apoyar a otras de acuerdo a determinadas propuestas o proyectos; pero siempre aparecen los líderes naturales, aquellos que se alejan de la mediocridad, que no necesitan ser nombrados, porque bien por condición innata, bien por su propia naturaleza o por aprendizaje dinámico adquirido

se puede entrenar (Contreras, 2014). Lo importante para un buen líder es conseguir los objetivos esperados a través de las personas.

El papel de coaching que debe ejercer la tutora o tutor con el coachee (alumno, pupilo) que no se debe confundir con los asesoramientos individualizados, counselling, mentoring o terapias cognitivas. “El coaching se presenta como un proceso de duración finita y concreta, el directivo encuentra facilidades para su autodesarrollo sintiéndose apoyado en su coach a través de una metodología concreta”, (Gasalla, 2014).

3.4.2 Liderazgo “Registered Nurses’ Associacion of Ontario” **(RNAO)** (Asociación de Enfermeras de Ontario en Canadá)

El liderazgo en las organizaciones está supeditado, en gran medida, a las variables con las que se trabaja para influir en los resultados que se esperan y paralelamente, en la satisfacción de los trabajadores y alumnos que puede ser alterada si los resultados no llegan, entonces al clima laboral se resentiría, Cuadra y Veloso (2007) por eso definen el liderazgo como "la capacidad de influir en un grupo para que consiga sus metas”.

Uno de los proyectos más interesantes que llevó a cabo Enfermería en relación de la mejora de la calidad en el hospital Rafael Méndez fue la implantación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP). El 2 de diciembre de 2011 gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia en colaboración con Investen, Instituto Carlos III y la Asociación de Enfermeras de Otawa en Canadá (RNAO), que acordaron las condiciones generales para que el Consorcio formado por el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca y la Facultad de Ciencias

Socio sanitarias, junto con la Universidad de Murcia, fuera denominado Candidato a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados durante tres años, renovables.

El interés demostrado por la Dirección de Enfermería del Área III con el respaldo de las direcciones de Gerencia, Médica y de Gestión para desarrollar este proyecto fue tal que en vez de comprometerse en la implementación de una Guía que era lo habitual en los otros centros que ya habían conseguido la acreditación, fueron 5 los proyectos presentados para su aprobación y los 5 consiguieron el visto bueno para llevarlos a cabo.

La clave estuvo, sin duda, que para poder conseguir entrar en este proyecto internacional en su convocatoria 2011, se tuvo que competir, y muy bien, con el proyecto presentado por otros 44 centros de toda España que en una segunda criba quedarían 33 para que en la última fase, tan solo 8 instituciones fueran aceptadas donde lógicamente estaba el hospital de Lorca representando al Área III. En febrero del año siguiente fueron presentadas las Guías y su planificación en 3 años como tiempo establecido por la RNAO para ponerla en marcha en el Área.

Las Guías de Práctica Clínica son recomendaciones para ayudar a profesionales a tomar decisiones para abordar un problema de salud específico y lo mejor es que transfiere evidencia científica a la práctica.

Las GBP a las que se comprometió desarrollar el Consorcio fueron:

- Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería.
- Profesionalidad en Enfermería.

- Cuidado y Manejo de la Ostomía.
- Lactancia Materna.
- Valoración y Manejo del Dolor.

La participación en este proyecto por parte de los enfermeros y enfermeras proporciona un control de calidad y seguridad de las actividades de Enfermería de primer nivel y para los alumnos supone una magnífica ocasión de ahondar en los conocimientos propios de Enfermería que tienen que ver con las mejores prácticas desde una posición privilegiada que la innovación de exclusividad en la Región de Murcia al ser el único hospital que a nivel regional elegido para la implementación y mantenimiento de estas Guías de Buenas Prácticas.

En el trabajo llevado a cabo por Hernández et al (2013) "Autopercepción del estilo de liderazgo de los Supervisores del hospital Rafael Méndez de Lorca" destaca por tres conclusiones después de una tasa de respuesta del 96%:

- Los Supervisores sienten por mayoría que el estilo transformacional es el que ejercen en sus funciones como mandos intermedios, por encima de los modelos transaccional y correctivo evitador.

- Sería necesario, no obstante compararlo, con los profesionales liderados.

- Los resultados son buenos por la influencia que ejercen de manera más o menos indirecta en enfermeros, pacientes e institución.

El modelo de liderazgo transformacional de Bass (1985) se basó en los conceptos de Burns (1978) que había trabajado con el liderazgo transaccional y el liderazgo transformacional, el primero lo trató como un intercambio de papeles entre el líder y

sus adeptos a costa de valorar ese trabajo, el segundo por contra, estimula las conciencias de los trabajadores que aceptan y se comprometen al logro de la misión de la organización dejando de lado sus intereses en beneficio del colectivo.

Esta fórmula evolucionó hacia el "Liderazgo de Rango Completo" (Full Range Leadership Model) de Bass y Riggio (2006, citados por Nader y Castro, 2007) aunque hubo críticos que le achacaban que sus líderes no realizaban cambios, ni tomaban decisiones, ni ejercían la autoridad, porque el nuevo planteamiento se basaba en mezclar diferentes tipos de liderazgo según determinaban las circunstancias, con asesores en la Dirección que le sitúan en sus fortalezas y debilidades para saber que se puede esperar de él. El Liderazgo Transformacional "es aquel que motiva a las personas a hacer más de lo que ellas mismas esperan y como consecuencia, se producen cambios en los grupos, las organizaciones y la sociedad". En palabras de Bass, que midió la influencia del líder entre sus seguidores (respeto, confianza y admiración) con el Cuestionario Multifactorial de Liderazgo, explicando las bases de su estrategia:

1. Estimulación intelectual, intentando desarrollar la creatividad, buscando nuevas oportunidades, nuevos enfoques y nuevas soluciones.

2. Consideración individualizada como coaching, el líder reconoce los méritos de las personas, valora su potencial y necesidades escuchando, apoyando y delegando.

3. Inspiración/Motivación. El líder siempre debe demostrar compromiso y entusiasmo para poder entusiasmar y a su vez lograr empleados comprometidos, según Bass.

4. Influencia Idealizada, el líder es considerado como modelo carismático que transmite respeto y confianza y además entusiasta en todo o que hace, Bernal (2000).

5. Tolerancia psicológica. El líder aprende de los propios errores y de los demás, añadiendo pinceladas de humor en las equivocaciones o en los conflictos.

Burns (1978) estableció este modelo que está encabezado por líderes de gran personalidad, estimulantes y motivadores, capaces de producir cambios positivos en la organización un cambio importante en la organización para buscar ser más competente. (Mendoza, 2007).

3.4.3 Gestión del Modelo de Cuidados

En las últimas épocas han destacado enfermeras y enfermeros ilustres que entendieron que la Enfermería debía avanzar por sí misma en su proyección como profesión, en su capacidad de liderar, de crear y en su responsabilidad, absolutamente necesaria, de acreditar su identidad profesional. Por estas y otras muchas razones, crearon nuevos conceptos, teorías y modelos que hoy recogen los alumnos para trabajarlos y hacerlos suyos, porque en cada centro donde trabajen se encontrarán con una adaptación a cualquiera de ellos, dependiendo del rumbo y la filosofía que hayan elegido. Pero señalemos los conceptos básicos de las teorías que más nos interesan, pues son la base para entender como de la teoría se hace práctica.

“Un modelo es una idea que explica por medio de visualización física (lo que representa en sí) puede ser simbólico y ser verbales y no verbales, esquemáticos o cuantitativos, es decir con signos matemáticos”.

Para utilizar los modelos verbales se recurre a las palabras y cuando se trata de los modelos esquemáticos se traducen a gráficos o diagramas, Marriner, Rayle y Alligood (2007). Los modelos aportan información en cuanto a las definiciones, a las prácticas enfermeras, a su base, así como de las metas y funciones de Enfermería (Wesley, 1995).

La duda razonable aparece al preguntarnos si son teorías los postulados de la investigación en Enfermería, puesto que aplicar criterios rigurosos a las teorías científicas pueden manifestarse en deficiencias de criterios formales en los planteamientos de Enfermería, como en cualquier otra disciplina, y por ello recurriremos al concepto Teoría y no Teoría (Mullins, 1971) y (Hage, 1972).

Desde esta perspectiva las teorías nos ofrecen conocimientos necesarios para mejorar las prácticas a base de explicaciones, predicciones y control de los fenómenos que tratamos y permite a la enfermera analizar situaciones y datos para inferirlos a las prácticas, a la educación y a la investigación, por tanto el objetivo de estudio de la teoría es el fenómeno.

Las teorías están formadas por conceptos, definiciones y proposiciones para una visión sistemática de los fenómenos, pero las teorías presentan ciertas condiciones de cara a sus enunciados.

También las filosofías de trabajo y los modelos conceptuales con respecto a las teorías mejor fundamentadas tienen sus características propias. La Enfermería del hospital Rafael Méndez trabaja con el marco conceptual de Virginia Henderson y los once patrones funcionales de Marjory Gordon, pero cada hospital elige como referencia su propio marco conceptual. Ver Tablas 18, 19 y 20.

PRINCIPALES MODELOS DE FENÓMENOS EMPÍRICOS
RELACIONES INTERPERSONALES
Hildegard Peplau: “Las Relaciones personales”
I.J. Orlando: “Teoría del proceso Deliberativo. Proceso de Enfermería”
Ernestine Wiedenbach: “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”
TEORÍA DE SISTEMAS
Doroty E. Johnson: “Modelo de Sistemas Conductuales”
Callista Roy: “Modelo de Adaptación”
Betty Neuman: “Modelo de Sistemas”
CAMPOS DE ENERGÍA
Myra Estrin Levine: “Modelo de la Conservación”
Martha Elizabeth Rogers: “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”
Joyce Fitzpatrick: “Modelo de la Perspectiva de Vida”

Tabla 18. *Relación entre teóricas enfermeras a partir de Marriner Tomey y Raile Alligood, 2007*

CLARIDAD
Palabras como los neologismos requieren de una sutileza importante en su descripción, a veces con ejemplos y diagramas; hablamos de consenso en las definiciones de conceptos y las relaciones entre ellos dentro de la teoría, Reynolds (1971) de claridad y coherencia, Stevens (1984) o pérdida de significado al tomar prestados términos de otras disciplinas, Ellis (1968)
SENCILLEZ
“En Enfermería, los profesionales necesitan una teoría sencilla que guíe su práctica”, Chinn y Jacobs (1979), sin embargo Ellis dice que ha de ser compleja; en cualquier caso debe ser comprensible y concreta.
GENERALIDAD
No ha de desarrollarse una teoría “magna” que incluya todo lo que quieran las enfermeras, señala Jacobs; ni las situaciones a las que se aplica la teoría no tienen por qué ser limitadas, Chinn y Jacobs (1979) porque cuanto mayor sea el espectro , mayor la relevancia.

PRECISIÓN EMPÍRICA
La teoría se puede y debe verificar pues los conceptos definidos se fundamentan en la realidad que se observa. Reynolds se refiere a la aplicabilidad empírica por la que cualquier profesional puede comprobar la correspondencia entre una teoría y una observación. Si una teoría no genera una hipótesis, no es científicamente viable para los científicos y no agrega nada al corpus de conocimientos, Walker y Avant (1983).
CONSECUENCIAS DERIVABLES
La teoría de Enfermería se debe orientar a la investigación, a la práctica y a la creación de ideas, Chinn y Jacobs (1979) ya que para que estas sean útiles ha de ser desarrolladas y orientadas a las prácticas, Ellis (1968).

Tabla 19. *Condiciones de los enunciados de las teorías. (Autores: Varios)*

GRUPO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	AUTORAS
FILOSOFÍAS	Definen el significado de los fenómenos observados a través del análisis, razonamiento y argumentación lógica.	Nightingale (1859) Wiedenbach (1965) Henderson (1955) Abdellah (1960) Hall (1961)
MODELOS CONCEPTUALES	Las “grandes teóricas” en el campo de la Enfermería. Incluyen aspectos relativos a los seres humanos, su entorno y su salud. Además propone líneas maestras de conducta a los profesionales dentro de su campo científico.	Orem (1959) Levine (1967), Rogers (1970) Johnson (1958) Roy (1971) Neuman (1975) King (1968) Roper/Logan/Tierney (1983)

TEORÍAS	Teorías de nivel medio. Sus objetivos son más restringidos. Son más concretas en su nivel de abstracción. Se ocupan de responder a preguntas prácticas específicas dentro de la Enfermería.	Peplau(1952) Orlando (1962) Travelbee (1964) Leininger(1978) Parse(1981) Fitzpatrick(1989) Newman(1979)

***Tabla 20**. Grupos Teóricos y sus características principales.*
El año representa la fecha de publicación de su primera obra o la más importante.
Fuente: Marriner Tomey, Raile Alligood, 2007

3.4.4 Informatización y Nuevas Tecnologías (TICs)

Con la aparición de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación y su exponencial desarrollo a través de internet, se instala un gran avance en todos los órdenes de la vida, pero para Enfermería, se penaliza con un importante declive en la inversión de recursos humanos en favor los presupuestos para tecnología (que nunca estará al primer nivel) acompañado de políticas restrictivas de contratación, Ortega (2012 en Argueta, 2013); el panorama social y cultural comenzó un camino sin retorno con las redes sociales que se han hecho tan familiares como imprescindibles tanto a nivel laboral como personal a partir de las herramientas colaborativas que nos ofrece la red para que en cuestión de segundos, dispongamos de tanta información como jamás tuvimos con una inmediatez trascendental.

También es cierto que la tecnología cambia las formas de vida y crea al mismo tiempo una crisis sociológica y cultural, que hasta el momento de su arraigo, bandeará al viento que marquen tanto detractores como simpatizantes, o mejor, si la tecnología no altera la función sociocultural, si no es un reto real, al menos, sí

les plantea cuestiones que ha de resolver y en ese caso podría tener que modificar algunos constructos establecidos. (Bustamante, 1993).

El rechazo inicial a esta *intromisión* técnica, social y cultural con el paso del tiempo la hace amigable y cotidiana: "la fuerza liberadora de la tecnología -la instrumentalización de las cosas- se trueca en una traba para la liberación, se convierte en instrumentalización del hombre" (Habernas, 1984).

Pero tal como dice Fernández Salazar (2016) para las enfermeras y enfermeros supone una obligación adquirir las competencias informáticas, porque los propios pacientes a los que atienden se posicionan cada vez más con las TICs y la cantidad de información que manejan relacionada con el mayor o menor conocimiento de cada cual, en muchos casos información *viral*, equívoca y plural, puede comprometer los criterios y credibilidad profesionales, porque en muchas ocasiones, estas informaciones proceden de fuentes no contrastadas que además de procurar un peligro potencial para los pacientes, normalmente cuesta mucho trabajo convencer a los usuarios de ese peligro, por lo que en lo posible se les debería aconsejar visitar paginas apropiadas dirigidas al aprendizaje o simplificación de la información que realmente necesitan.

Incluso para los alumnos a partir de la implementación del grado y los cambios que ello originó, se benefician de las redes sociales, de las metodologías participativas y masivas que se les ofrecen desde diferentes plataformas para su formación, para el trabajo colaborativo o el razonamiento crítico y por extensión a todas las posibilidades académicas, García Sans (2008, citado por Espuny, González, Lleixa y Gisbert, 2011), pero no debemos olvidar el esfuerzo que han de hacer los profesores y tutores para alcanzar el nivel informático necesario para *hablar en el mismo idioma* que los alumnos, porque teóricamente, la

diferencia de generaciones pasa por la gran competencia de los profesores más jóvenes que son los menos en cantidad y los mejor formados, hasta los más veteranos, cuyo nivel informático es muy ajustado, habiendo entre estos, diferentes estadios de profesores con más o menos preparación; los alumnos siempre serán jóvenes durante la carrera y los mismos profesores se perpetuarán con los años, lo que sucede en todas las profesiones, el recambio generacional es eso y no es posible que física y mentalmente estén todos los protagonistas al mismo nivel, eso sí, unos y otros aportan lo que los otros no poseen, de lo contrario se hundirían las universidades y los hospitales.

Los alumnos de nueva generación ya no nos sorprenden por la facilidad que muestran al adaptarse a las nuevas tecnologías que tratan desde niños y en más de una ocasión, durante sus prácticas, ayudan incluso a más de un profesional rezagado que además teme a eso que Escuredo (2003), llama *subjetividad amenazante*, no obstante, como dice López (2011), los profesionales actuales demandan formación en Nuevas Tecnologías a sus Unidades de referencia a pesar de las cargas de trabajo que soportan cada día compromete su utilización a pesar de que las utilizan por su eficacia, comodidad y por los datos que se reportan para posibles trabajos de investigación. Por eso es necesario dominar las nuevas tecnologías, porque a día de hoy son imprescindibles los conocimientos informáticos porque se habla de competencias digitales para conseguir información, almacenarla, distribuirla y tratar datos a través de la comunidad virtual de lo contrario no se puede ser enfermero o enfermera, pero a nivel de la comunidad existe el riesgo en un tiempo no muy lejano, de que aparezca el denominado analfabetismo informático que va a ocasionar enormes desequilibrios entre las poblaciones de los países denominados ricos, los no tan ricos y por supuesto, en los países más pobres que se hundirán, si cabe, aún más en la miseria.

Un último apunte acerca de las nuevas tecnologías iría en su detrimento, su capacidad de distorsionar algunos valores fundamentales humanos a causa del miedo que le procesan al individuo, derivan en una aprehensión encaminada a episodios de ansiedad y estrés, en el caso de los ordenadores la velocidad de los datos que maneja o la enorme memoria de que disponen deprime a la persona que ve cómo cualquier atisbo de humanización desaparece a su alrededor. (Bustamante).

3.4.5 La Historia Clínica Informatizada

A nivel de hospital Rafael Méndez y Área III de Salud, el proyecto Selene® en hospital trata de compatibilizarse son el programa OMI (Modulo de Historia Clínica en Atención Primaria) de la gestión informática en Atención Primaria, pero trataremos del proyecto del hospital por ser en él donde se realizó este trabajo de investigación.

Aunque la implementación de la Historia Clínica Informatizada ya está prácticamente culminada, pero como proyecto vivo y de futro siempre tendrá mejoras que incorporar, innovaciones paralelas a la evolución de los temas sanitarios y las consecuentes actualizaciones.

Creado por la empresa Siemens® como estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del Servicio Murciano de Salud (SMS) comenzó a conocerse en el Hospital Rafael Méndez a final de 2005 con bastante desconfianza en un principio, se crearon grupos de trabajo con profesionales de todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud responsables de Formación, Calidad e Investigación con la intención de aunar esfuerzos para establecer un único modelo que fuera común para todas las áreas. El proceso fue lento por

la idiosincrasia de cada hospital, con cambios frecuentes en las plataformas creadas que añadido a la baja formación en general en procesos informáticos de los profesionales, además de las deficiencias del propio programa informático, hizo que todo se llevara a cabo de una manera lenta y tediosa, pero finalmente se estableció la historia unificada.

La Implantación del Asistente de Enfermería, es decir el programa que facilita la incorporación de datos a la historia clínica, se realizó entre noviembre y diciembre de 2014 y consistía en un asistente de enfermería con una plantilla de formulario "Valoración de Enfermería por los patrones de Gordon", con la valoración inicial y sus diagnósticos determinados generando la relación NANDA-NIC-NOC, factor relacionado y características. Existe una agenda a fecha real de cada paciente y el "Informe de Cuidados de Enfermería al Alta" tras la indicación de pre alta del médico responsable.

El Proyecto 'Selene Mobility® (Noviembre 2015) es la aplicación informática que facilita la recogida de información de un modo más seguro y fiable, a pie de cama. Se trata de sistema que posibilita que los profesionales de Enfermería, equipados con un dispositivo móvil conectado a la Wifi del centro puedan recabar y registrar información del paciente en tiempo real.

4. EL ESCENARIO DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

4.1 El Plan de Acogida

El Plan de Acogida es el acto de bienvenida que se organiza en el Hospital Rafael Méndez para los alumnos de Enfermería, tiene lugar el primer día de comienzo a de prácticas con el fin de preparar el comienzo de esta etapa de casi dos meses de duración para los alumnos de 2º y 3º y ocho aproximadamente para los de 4º. El antecedente de este Plan es el Plan de Acogida para el Personal de Enfermería de Nueva Incorporación que buscaba el mejor clima laboral y adaptación de esos profesionales que normalmente eran poco expertos y en muchos casos procedían diferentes Áreas de Salud y que por sus muchas semejanzas con los alumnos nos pareció oportuno incorporarlo. Ambos Planes comparten algunos procedimientos según Blanco 2008:

- Es aconsejable realizar el Plan de Acogida en grupo y dar por escrito o a través de email el contenido del Plan.

- Se deben explicar las características de la empresa, el departamento y la ocupación que van a llevar a cabo.

En la elaboración del Plan intervienen la Dirección de Enfermería, los Supervisores de Área y Supervisores de Unidad implicados en la formación de los alumnos y coordina el Supervisor de Formación y Docencia.

El Plan de Acogida de realiza completo a los alumnos de 2º curso y tiene una duración de unos 90 minutos, a los de 3º curso se les hace más breve, 60 minutos pues parte de la información es la misma del año anterior, no obstante, se les explican los cambios si los hay, que hayan surgido y se les dan las indicaciones oportunas para comenzar. Los alumnos de cuarto curso se les recepciona por grupos en las Aulas de Formación explicándoles su ubicación que ya conocen. En la Tabla 21 aparece entre 2011 y 2014**.**

AÑO	FACULTAD	CURSO	Nº	FACULTAD	POR AÑOS	TOTAL
2010/11	UMU	2º	-	11	38	**392**
		3º	11D			
		4º	-			
	UCAM	2º	12	27		
		3º	15			
		4º	-			
2011/12	LORCA	2º	36	36	75	
		3º	-			
		4º	-			
	UMU		-	4		
		3º	4			
			-			
	UCAM	2º	9	35		
		3º	15			
		4º	11			
2012/13	LORCA	2º	50	82	104	
		3º	32			
		4º	-			
	UCAM	2º	3	22		
		3º	8			
		4º	11			
2013/14	LORCA	2º	53	149	175	
		3º	55			
		4º	41			
	UCAM	2º	7	26		
		3º	17			
		4º	2			
		3º	39			
		4º	34			
	UCAM	2º	9	23		
		3º	2			
		4º	12			

Tabla 21. *Alumnos participantes en las prácticas curriculares entre los años 2011 y 2014.*

4.1.1. Aspectos Institucionales de la Información

Consiste en la exposición de un documento en formato Power Point basado en la parte institucional del organismo que representamos, Servicio Murciano de Salud, el Área III y su composición, su área de influencia y las diferencias entre Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP).

Se habla de lo que fue la profesión en el pasado y de lo que se espera de ellos como protagonistas de esta etapa de su carrera para que se sientan importantes desde el primer día. Este apartado finaliza con la explicación del organigrama institucional y los planos de situación de las diferentes unidades de hospitalización y servicios utilizados en las prácticas.

4.1.2 Normas básicas

La segunda parte del Plan de Acogida es la relacionada con las orientaciones y normas generales que se dan a los alumnos para su mejor estancia y se les habla de:

- La integración de los alumnos en cada unidad.
- El reconocimiento a las figuras referentes de la organización.
- Comprender su rol y el sentido de las prácticas.
- Mostrar en cada momento atención e interés en las explicaciones de los tutores.
- Creer en lo que se hace cada día e ilusionarse con ello.
- Ser puntual en la entrada y en la salida.
- No faltar a las prácticas salvo fuerza mayor justificable.

- Cuidar el aspecto personal, tanto en uniformidad como en comportamiento.

- Estar siempre identificados de forma perfectamente visible.

También se les explica otros aspectos de interés:

- Procedimiento a seguir en caso de accidente laboral (que deben ya conocer).

- Su presentación ante el paciente e identificación del mismo en cada actividad que les realicen.

- Respetar el secreto profesional.

- Empatizar con pacientes y familiares a los que se respeta por igual, en derechos, valores y creencias.

- No realizar tareas para las que se cree no estar preparado ni actuar por su propia cuenta.

- Recordar que el paciente (usuario, enfermo, cliente…) es el objetivo principal de sus prácticas.

- Utilizar transporte público por la dificultad de aparcar en el recinto.

En este apartado se significan dos procesos de enorme interés como son la seguridad en las prácticas de los alumnos para evitar accidentes laborales, especialmente los biológicos y las campañas de lavado de manos.

4.1.3 Riesgos Laborales

Los alumnos están sometidos a diferentes riesgos como pueden ser consecuencia de los desplazamientos al hospital, una simple caída, percances de tráfico, accidentes laborales, pinchazos, cortes con instrumentos punzantes o cortantes, quemaduras, etc. que pueden ocasionar, o no, asistencia médica.

En todos los casos, se ha de cumplimentar el anexo correspondiente al documento de Incidencia por Riesgos Laborales donde se especifica el tipo de accidente y otros datos de interés. La intención de la Dirección de Enfermería es lograr que el nivel de incidencias sea el 0% de los casos. En la Tabla 22 aparecen reflejadas las incidencias de accidentes acaecidos en el periodo 2011/2016.

CURSO	UNIDAD	INCIDENCIAS
2015/16	Medicina Interna, 2 casos Urgencias, 2 casos Maternidad, 1 caso Caser, 2 casos C.S. San Diego, 1 caso	Todos: Pinchazos percutáneos
2014/15	Urgencias, 1 caso Medicina Interna, 1 caso Diálisis, 2 casos Lorca Centro, 1caso Águilas Sur, 1 caso UCI, 1 caso Maternidad, 1 caso	Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo Liquido de máquina y Pinchazo Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo
2013/14	Traumatología, 1 Urgencias, 1 caso Medicina Interna, 1 caso	Pinchazo percutáneo Salpicadura en ojo Pinchazo percutáneo
2012/13	Lorca Centro, 1 caso Medicina Interna 2 caso Especialidades, 2 caso Traumatología, 1 caso Urgencias, 1 caso	Pinchazo percutáneo 2 Pinchazos percutáneos 2 Pinchazos percutáneo Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo

2011/12	Pediatría, 1 caso Especialidades, 1 caso Diálisis, 1 caso Traumatología, 1caso	Pinchazo percutáneo Liquido bronco alveolar en cara y ojos Pinchazo percutáneo Pinchazo percutáneo

Tabla 22. *Incidencias relacionadas con los alumnos de 2011 a 2016. Fuente UFD Hospital Rafael Méndez.*

Los alumnos que se presentan como agentes externos y se han adaptar a una serie de normativas explícitas sobre todo por el riesgo que entrañan para todos como son los riesgos laborales que ya hemos visto y la campaña de lavado de manos.

Adquirir el hábito del lavado de manos por los alumnos y la adecuada utilización de guantes estériles o no, como hacen el resto de profesionales sanitarios para evitar las temidas infecciones cruzadas, es una de las cuestiones más simples y efectivas que existen en todo el Sistema Nacional de Salud, que se debe transmitir a todos los alumnos pero que desafortunadamente los propios profesionales incumplen sistemáticamente y sistemáticamente se realizan campañas de formación y concienciación sobre este tema a los profesionales y a los alumnos se les invita a que asistan a alguna de las numerosas sesiones que se realizan. La actividad está basada en las directrices de la Organización Mundial de la Salud de 2005 para la mejora de la seguridad del paciente y la prevención y control de las infecciones de microrganismo resistentes que insistimos los propios profesionales son reacios a adherirse a las nomas que se establecen para este procedimiento a pesar de que las evidencias científicas avalan que con esta simple medida se pueden evitar entre un 20% - 40% de las infecciones cruzadas.

4.1.4 Presentación de los alumnos en las Unidades de Enfermería

Una vez terminada la exposición, es el momento de presentar a los alumnos en sus unidades correspondientes. Por grupos, Tutores, Supervisores o Profesores Asociados, acompañan a los alumnos a las unidades que les corresponden, para presentarles a los profesionales que están en turno esa mañana. La Supervisora o Supervisor les explicará el funcionamiento de la unidad y las normas a seguir, presentándoles a continuación a los tutores y tutoras correspondientes y resto de personal que tratará de acompañarles en este periplo docente.

4.1.5 Finalización del periodo práctico

Durante los últimos días antes de acabar este periodo, se les pide a los alumnos que cumplimenten una encuesta de evaluación de las prácticas que realizan de forma anónima, para recabar opiniones -para nosotros muy importantes- que pueden ser muy necesarias a la hora de valorar todo el proceso de prácticas.

Para los alumnos de cuarto curso de Grado terminadas oficialmente las prácticas se realiza el acto institucional de despedida en el Salón de Actos del hospital presidido por la Gerencia y la Dirección de Enfermería así como por el Decano y Vicedecano de la Facultad que toman sucesivamente la palabra y cómo no, el o la representante de los alumnos para expresar el sentir de los compañeros ante su marcha, en un acto al que asisten como invitados, profesionales, tutores y profesores.

La Dirección del hospital hace entrega a los alumnos de los diplomas correspondientes a la certificación de las prácticas curriculares realizadas en el Área de Salud III y por parte de los

responsables de la Facultad se hace entrega a los tutores un certificado con el reconocimiento por la labor realizada como docentes de los alumnos del presente curso académico. (Fuente: Unidad de Formación y Docencia. Dirección de Enfermería).

Acabadas las prácticas, el futuro de los alumnos de Enfermería, en su intención de acceder al mercado laboral, parece incierto ya sea en nuestro país o fuera de él, donde en general son muy bien valorados. Han de buscar entre todas las posibilidades como preparar oposiciones, acceder a alguna de las especialidades como EIR, realizar estudios de Master o Doctorado que cada vez es más usual entre los alumnos recién acabada la carrera enfermeros como indica la Tabla 23:

CURSO	NÚMERO DE ALUMNOS
2010/2011	**37**
2011/2012	**58**
2012/2013	**83**
2013/2014	**65**
2014/2015	**49**
2015/2016	**28**

***Tabla 23**. Alumnos matriculados en tercer ciclo Doctorado de Enfermería entre 2010 y 2016. Fuente: Secretaría de Enfermería de UMU*

5. PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA FORMACIÓN PRÁCTICA

Las profesiones sanitarias forman parte de la normativa de su ordenación a través de la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, que especifica que en conformidad con el artículo 36 de la Constitución y a los efectos de esta ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pre graduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud y organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos. A su vez, el de la Ley General de Sanidad14/1986, de 25 de abril, Art. 104, establece en su apartado 3 que "Las Administraciones Públicas competentes en educación y sanidad establecerán el régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias en las que se debe impartir enseñanza universitaria, a efectos de garantizar la docencia práctica de Enfermería y otras enseñanzas que así lo exigieran".

La formación práctica de los alumnos por parte de los profesionales de Enfermería se ve condicionada por la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia establece en su Art. 36, según la cual toda la estructura asistencial públicos o concertados, están en condiciones de impartir docencia pre graduada, postgraduada y continuada impartida por los profesionales sanitarios, esta circunstancia impuesta por ley, previo informe del Servicio Jurídico de Recursos Humanos, exige facilitar la mayor capacidad de plazas para prestar las mejores condiciones en su formación. La Ley 5/2001, de 5 de diciembre, del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, señala las obligaciones aparecen en el Art. 19 del estatuto Marco, en el sentido de "Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios" .del Servicio Murciano de Salud.

La asignación de las plazas para las estancias clínicas de los alumnos aparece en el Artículo 52 de la Ley de Universidades de la Región de Murcia y

Art. 4 del Decreto 203/2009, de 26 de junio, sobre la implantación de las enseñanzas universitarias del Real decreto 1393/2007, de 29 de octubre.

5.1 Enfermería la figura del enfermero Tutor hospitalario

Forman el eje central de la formación práctica de alumnos y creemos como tal que es la figura más relevante de todo el proceso formativo por lo que merecería una especial atención académica y laboral. La principal función del Tutor, también denominado mentor o coaching clínico, durante el periodo de prácticas es “potenciar la capacidad crítica del alumno así como la reflexión ante cualquier fenómeno de salud o enfermedad”, Solano y Siles (2013). También es el sistema de atención a los estudiantes en base a su formación, información y orientación personalizadas para conseguir la mejor adaptación al entorno, el mejor aprendizaje y la memoria del rendimiento. (Rodríguez et al, 2004). Desde 2010 a 2015 los tutores que se ofrecían a realizar esta labor recibían un certificado por tal misión y aunque debían cumplimentar una solicitud para ello, pocos lo hacían en un principio. En la Tabla 25 vemos como se iban incorporando con los años a los listados oficiales.

TUTORES DE ENFERMERÍA						
2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17
44	**74**	**50**	**95**	**90**	**205**	**205**

***Tabla 24**. Relación de tutores de Enfermería en el periodo 2010 a 2016 (Fuente UFD)*

El tutor es: "el profesional de Enfermería que asume voluntariamente la responsabilidad del aprendizaje práctico/clínico de uno o más estudiantes en su ámbito de trabajo, planificando y coordinando dicho aprendizaje y siendo referente con un soporte pedagógico para el estudiante durante su estancia en el centro*”,* Cuñado y otros (2011). Son profesionales con labor asistencial y actúan como enfermero/a de

referencia en el aprendizaje práctico que guía, potencia y crea entornos positivos de aprendizaje para el alumno; transmite conocimientos prácticos curriculares y todo lo relacionado con el entendimiento del entorno y los valores enfermeros.

Las tareas como tutor necesitaba de una importante actualización pues dada su condición de autodidacta, al menos en el hospital Rafael Méndez, les obligó a adaptarse a los condicionantes que proponía la EEES que generó una adaptación a la innovación tratada como tecnología con soluciones predecibles que podían ser transferidas:

1. Ejercicio y negociación del poder, de la autoridad y la competencia de intereses entre diferentes grupos.

2. Aspecto cultural, las innovaciones son interpretadas e integradas en el contexto social y cultural de la institución.

3. Punto de vista social, pues las sociedades, que son muy sensibles a los elementos propios, acusan sobremanera los cambios educativos, según apuntan Hargreaves, Earl and Ryan (1988).

En cualquier caso, la figura del tutor debería estar más reconocida y debería cumplir los siguientes requisitos que nombra el Título en Grado de Enfermería de la Facultad de Murcia:

- Mostrar en el desarrollo de las prácticas diarias los conocimientos de las estructuras, los itinerarios y sus características.

- Conocer la estructura, funciones y características docentes (itinerarios, Práctica, etc.) del Plan de Estudios de la Titulación correspondiente.

- Conocer los programas de las asignaturas y del curso.

- Saber resolver los procedimientos del desarrollo de la docencia.

- Conocer el calendario académico.

- Estar adecuadamente capacitado para ejercer la tutoría.

Los profesionales con los que va a convivir el alumnado principalmente son el Supervisor o Supervisora de Formación y Docencia, responsable y coordinador de las prácticas que permanece en contacto con el alumno durante todo el proceso de prácticas, el Supervisor o Supervisora de la Unidad de Enfermería como segundo responsable y quién organiza a los Tutores, que son responsables directos de los alumnos en formación.

La primera gran cuestión de los Supervisores es la de resolver además de su cuestión de identidad como enfermero o enfermera, la propia como Supervisora o Supervisor, puesto que provienen del mismo nivel de los que tiene que supervisar y por ello luchar entre dos frentes, no decepcionar a los que antes eran sus compañeros y cumplir a partir de ese momento con las pautas de sus nuevos responsables con integridad y credibilidad, realizando tareas con recursos diferentes, a sí mismo y por si fuera poco, responsable de más de lo que, muchas veces, puede hacer, siendo responsable de acciones que no realiza directamente y que otros hacen; su actividad diaria se reparte entre planificar, organizar, supervisar, controlar y administrar, Thomas (2010) y por supuesto, en todas esas etapas están presentes los alumnos de prácticas.

A los Enfermeros les corresponde sobre todo controlar y prestar los cuidados pertinentes a los pacientes que están a su cargo y registro de las tareas en la historia electrónica. En determinadas situaciones se ofrecen en colaborar en la formación de alumnos a petición del tutor responsable o del Supervisor o Supervisora de la Unidad por diferentes

causas, sobre todo, en caso de ausencia de algún tutor o por solicitud de enseñanza como experto en algún tema de interés especial.

Es habitual que participen activamente en la formación de los alumnos fuera de las responsabilidades de las tutorías sobre todo en caso de ausencia de tutores o como prioridad de aprendizaje de algunas técnicas que no son usuales, que tengan especial interés o que sean infrecuentes.

5.2 Profesores Asociados

La creación del puesto de profesor asociado clínico en el Área III data del curso 2007-2008. Los criterios de evaluación de méritos fueron aprobados en el Consejo de Gobierno de 26 de mayo de 2010 y modificado en Consejo de Gobierno de 12 de abril de 2011. Con la puesta en marcha de la primera promoción de alumnos de Grado en el Campus de Lorca, alumnos de 2º curso, empezaron a realizar sus funciones seis Profesores Asociados Académicos (6+6) y tres Asociados Clínicos (3+3).

La selección del profesorado con carácter temporal, se barema con criterios de valoración reflejados en los artículos 159 y 161 de los Estatutos del centro y según el artículo 162.3. Dicho baremo consta de seis apartados:

1. Formación académica de grado.
2. Formación académica de posgrado.
3. Experiencia docente.
4. Producción investigadora y artística.
5. Experiencia investigadora.
6. Experiencia profesional.

Los Profesores Asociados Clínicos son profesionales de Enfermería en activo clínicamente y con relación contractual con la Universidad. Cohesionan las relaciones Hospital-Universidad en la gestión de la documentación de los alumnos, su relación con estos y el seguimiento de la formación práctica así como la evaluación académica que junto a las tutorías realizadas y las visitas a los diferentes servicios donde se ubican alumnos y tutores, comprueban la puesta a punto de las infraestructuras y personal y el proceso de enseñanza y aprendizaje que se realiza correctamente.

En la realización de las prácticas curriculares cada alumno cuenta con un tutor académico, profesor docente en el Grado de Enfermería que supervisa sus prácticas y en cada curso pueden ser de dos a cuatro alumnos.

Al inicio de las prácticas de los alumnos de 4º curso se reúnen con los Tutores Clínicos y les hacen entrega de la documentación relacionada con los objetivos generales y específicos y las competencias que han de adquirir los alumnos, la documentación de los seminarios teórico prácticos para que los tutores sepan el nivel de formación con el que se presentan y una copia de los cuadernos de prácticas y otra documentación genérica.

6. OTROS PROFESIONALES IMPLICADOS EN LA FORMACIÓN DE LOS ALUMNOS

6.1 Auxiliares de Enfermería y Técnicos

Las Auxiliares son el gran apoyo de Enfermería y sobre todo de los alumnos en una parte de las prácticas, las primeras que realizan y prácticamente durante una semana se dedican a explicar a los alumnos las tareas más básicas, y por ello más importantes, de los cuidados y tareas. Son profesionales de Grado Medio de Formación Profesional que ostentan el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Es el grupo más activo de todos en cuanto al apoyo formativo, adalides de la llamada formación invisible considerada como la formación no reglada "integra diferentes perspectivas del aprendizaje y su desarrollo para el capital humano valorando las transformaciones de la educación formal, no formal e informal", Moravec y Cobo (2011) que hace acopio de su capacidad reconocida y voluntaria pero no aparece reflejada en ningún documento.

Los técnicos de Imagen para el Diagnóstico y de Laboratorio pertenecen a la rama sanitaria de formación profesional o títulos/certificados equivalentes, su aportación formativa radica en la ayuda que puedan ofrecer en el posicionamiento de los pacientes para sus estudios radiológicos, aplicación de contrastes, aplicación de enemas o cualquier actuación de los enfermeros que requieran de su colaboración.

Los técnicos de Anatomía Patológica (AP) prácticamente no contactan con Enfermería, con lo cual su aportación también es mínima, sobre todo participa en la recogida de piezas para su conservación.

6.2 Médicos Facultativos

Su aportación a la formación de los alumnos depende en muchas veces de cuestiones puntuales como la coincidencia habitual en horas de trabajo, sobre todo con su presencia en tareas relacionadas o por simple espontaneidad. Esta formación no reglada e invisible es muy valorada por los alumnos que agradecen esa preocupación por su aprendizaje. Existen, no obstante profesionales médicos que gustan de la formación y suelen ser más activos en este sentido.

6.3. Enfermeras Residentes y Matronas

Residentes de Enfermería y Matronas, de base común enfermera pero con diferentes perfiles en el equipo sanitario, apenas tienen relación con los alumnos a pesar de que en algunos casos pueden coincidir alumnos de Enfermería y EIR, como por ejemplo en Psiquiatría al igual que en Paritorios o Maternidad y Pediatría.

6.4. Celadores

Los celadores colaboran de forma discontinua en las diferentes tareas con Enfermería, como grupo de apoyo y en su papel con los alumnos de Enfermería queda relegada a las explicaciones que ofrecen los más expertos, que demuestran solvencia y confianza para ejercer esa labor docente.

BLOQUE 2

PRÁCTICAS, CONCEPTOS Y ENTORNO

- El alumnado y la realidad clínica.
- Una mirada sociocultural.
- La humanización de los cuidados.
- El estado de la cuestión.

1. EL ALUMNADO Y LA REALIDAD CLÍNICA

Los alumnos deben conocer el pasado de la profesión para saber dónde están en el momento actual porque pasan a heredar la condición del cuidador de antaño, donde el cuaderno de campo era imprescindible para observar y anotar las explicaciones de los más veteranos o de los profesores cuando se estableció la auténtica formación enfermera con las observaciones in situ, es el privilegio de *haber estado allí*, como el decir *estar aquí* de los alumnos y sus observaciones de hoy, una relatividad que genera una verdadera ampliación del horizonte con mejores soportes que antaño con la disposición de como la grabadora de voz, video o fotografías que facilitan enormemente la tarea de organizar esas notas, recopilarlas e indexarlas, para que en lo posible puedan ver la luz a través de las publicaciones que los propios alumnos perciben y los tutores incentivan, Sanmartín (2003 p 55-56, 75-76).

En la dinámica evolutiva de los alumnos en sus prácticas curriculares, podemos observar que a partir de los cursos tercero y cuarto la gran mayoría ya se muestran como auténticos enfermeros, especialmente los últimos por convicción y soltura en sus maneras de actuar donde los tutores deben asentar los conocimientos aprendidos por los alumnos, con más permisividad de acuerdo a la solvencia demostrada, donde los mayores beneficiados serán sin duda los usuarios, (Acosta Martín, Rueda Medina, Ramírez Sánchez y Quero Rufián, 2000).

Y tanto es así que el alumno, una vez acabada la carrera, al día siguiente con el Título de Enfermería conseguido y el bagaje de aprendizaje aprendido ya podría trabajar como enfermero o enfermera generalista, tal como definen el término *profesión* Carr y Kemins (1988, citados por Cabrero y Richart, 2000 en Talens y Casabona, 2010): “Una profesión lo es y se diferencia de un oficio si sus métodos y procedimientos derivan de conocimientos teóricos y de un fondo de investigación que permitan desarrollar juicios autónomos. Distingue tres perspectivas: una técnica, que concierne con las destrezas y la acumulación de la experiencia personal, básicamente un oficio; una práctica, en donde cabe la experiencia y el aprendizaje, y se pueden reconocer los fundamentos teóricos; y

una teórica y estratégica, que supone un examen sistemático de los problemas que plantea la disciplina".

La base de los cuidados que aprenden los alumnos son las de las necesidades humanas del paciente porque la motivación que cada persona es capaz de generar por su propia intención, así como las propias intervenciones de enfermería, harán que los resultados sean adecuados, Henderson (1961). Las nuevas enfermeras y enfermeros no terminan la carrera solo para aplicar principios, teorías y protocolos asépticamente, lo hacen además con la intención de encontrar parcelas físicas o psicológicas que en muchas ocasiones pasan desapercibidas pero que tienen trascendencia en el objetivo de encontrar respuestas a esos problemas, (Acosta Martín y otros, 2000) a base de sus habilidades, conocimientos y actitudes.

Los profesionales responsables de las prácticas aportan cada día sus conocimientos y experiencia ante situaciones que ningún alumno debería desaprovechar y estas pasan, según Wallas (1926), por 4 etapas, Tabla 25:

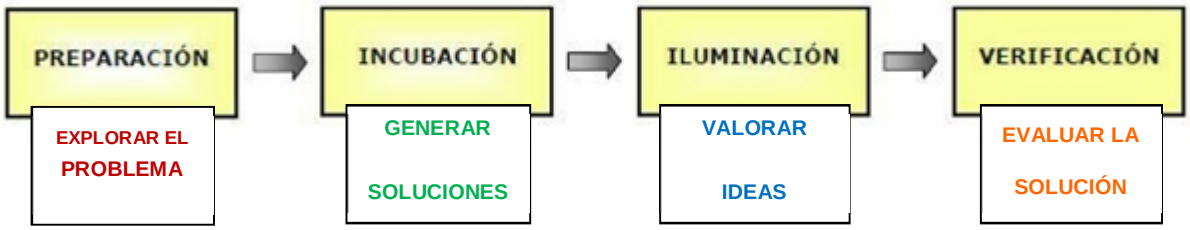


***Tabla 25**. Fases del proceso creativo de Wallas. Fuente: G. Wallas (1926). The art of thought. New York Harcourt*

§ 1ª FASE: PREPARACIÓN:
Recoger información para solucionar el problema.

§ 2ª FASE: INCUBACIÓN:
Primeros intentos de solución. Se libera la mente para buscar la solución consciente.

§ 3ª FASE: ILUMINACIÓN:

Es la fase en que de repente, aparecen posibles soluciones.

§ 4ª FASE: VERIFICACIÓN:

Se evalúa la solución y se verifica la adecuación.

(Según Pascale, 2012).

A través de las explicaciones de los tutores los alumnos conocerán lo qué significa realmente Enfermería, cómo observar el entorno, qué actitud se debe mostrar ante el grupo (organización y trabajo en equipo) conocer los códigos de comportamiento éticos y estéticos (el alumno como parte del sistema al que se incorpora) cómo deben integrarse en la organización (comunicación-sociabilidad) y como cuidar, de modo especial, la relación con los pacientes y familiares, empatizando con respeto y en su posible diferente condición, actuar con el mismo talante, con la mente puesta en el buen trato a los pacientes y familiares e interactuando con ellos, como se reconoce en el artículo 36 de la Constitución, en las actividades propias de Enfermería y desde el pensamiento crítico, el alumno o alumna, las relaciona en el proceso básico de su aprendizaje, Sanmartín (2003 p 66).

La base de la tareas de Enfermería y es lo primero que el alumno debe aprender, es la diferenciación entre los tratamientos técnicos y los relacionales, por eso hablamos de los conceptos *cure*, más propios de medicina y los relacionados con los cuidados de Enfermería *care*, que no tienen por qué ser antagónicos, más bien al contrario.

Lo ideal es que mantengan un equilibrio lógico, para encontramos con el concepto *caring* que relaciona el cure en su práctica y que trasciende de la dicotomía cure/care, el lado más positivo que se siente en la ausencia del care, Comelles, Martorell y Bernal (2009) puesto que abarca la humanización, la mejora en las condiciones de salud y la trascendencia de tal manera que en el caring se pueden destilar cuatro esencias, la compasión, los cuidados a la incapacidad del individuo, la comprensión y habilidad y la diligencia para con él y la habilidad en la acción del cuidado y en todo caso, debe existir empatía mutua para su efectividad siguiendo a Comelles, Martorel y Bernal. Figura 6.

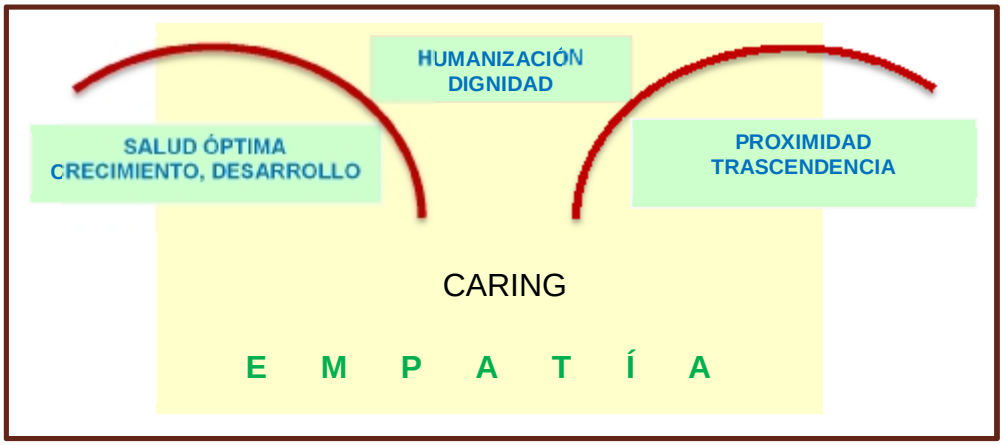


***Figura 6**. Objeto del caring según Comelles, Martorel y Bernal (2009).*

En este sentido, la relación entre profesionales (y alumnos en prácticas) y pacientes según la Ordenación de las Profesiones Sanitarias están basadas en:

- Prestar una atención adecuada a las necesidades de las personas, con los conocimientos científicos y niveles de calidad bajo leyes y normas establecidas.

- Utilizar de forma racional los recursos, cuidando su sobreutilización así como su inadecuación.

- Respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas así como su participación en decisiones que les afecten, con la información clara, suficiente y adecuada.

- También tendrán derecho a recibir información precisa según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre su autonomía.

De hecho, el aprendizaje clínico hospitalario, al igual que el que se realiza en Atención Primaria, exige una perfecta preparación del entorno y la figura del tutor necesaria, también destacan por su importancia las enfermeras y enfermeros que no son oficialmente tutores pero que con su generosidad y práctica diaria, enseñan a los alumnos aquello que se escapa de la nociones del tutor o que se escapa de la teoría académica y sobre todo, los “flecos” que quedan cada día en

cuanto a conocimientos o habilidades que requieren de un cambio de actitudes positivo necesarias cuando se quiere avanzar, porque las prácticas están impregnadas de actividad profesional compartida, donde se confunden la inconsciencia del aprendizaje con la realidad de los contenidos que surgen de la experiencia que ofrece el tutor como experto facilitador. (Pulido, Aparicio, Más, Tovar y Rodríguez, 2008).

Según Medina y Castillo (2006), la práctica reflexiva es otra de las cuestiones que ha arraigado en el progreso del aprendizaje de los alumnos, de profesores y de profesionales, tanto en su formación como en la motivación que se les supone. Este interés que enfermeros y enfermeras demuestran por la reflexión se traslada a la práctica del cuidado de los pacientes, asunto que los tutores trasladan con eficacia a sus alumnos en la tarea de equiparar el conocimiento técnico al de la práctica y que los autores proponen en seis pasos:

- Análisis y cuestionamiento de las referencias que se tienen cuando él se enfrentan los problemas a su práctica.

- Evitación el mecanicismo, analizar los problemas, las estrategias, los procesos de reflexión durante la acción.

- El conocimiento instrumental en el aula es, en su marco de referencia, aparece como un elemento más (no como el único) de su saber práctico.

- Siempre se aprenderá más de la situación de la práctica si se intenta modificar algo, se deben trabajar los esquemas holísticos y no los Analíticos.

1.1 Motivación

Genesca (1977) señaló las dificultades con las que nos encontraríamos al estudiar el modelo de motivación y cuándo se conseguiría, pero también cuales serían, a su criterio, los motivos que impulsaran a actuar en los momentos determinantes a través del ciclo motivacional, un

comportamiento condicionado a los resultados finales, pero que debe ser reforzado por las propias expectativas, es decir, las probabilidades que se tiene de satisfacer las necesidades a partir de la accesibilidad o limitaciones con que se encuentra para poder cumplirlas; llevado a nuestro ámbito de estudio, sería ahí donde los responsables de los centros sanitarios de prácticas tiene la obligación de facilitar los medios y las condiciones necesarias para generar el ambiente adecuado.

El ciclo motivacional comienza por la necesidad del alumnado en realizar las prácticas, lo cual le genera cierta tensión que se equilibra con la realización de la actividad que es lo que está esperando hacer, de modo que "si la necesidad se satisface, el equilibrio supera al estrés, de lo contrario, puede generar frustración", De la Colina (2006).

Para los alumnos de Enfermería existe una motivación básica y es a que se refiere a la de la "Consecución del Logro" que según Ros y Gouveia (2013, citados por Páez, Fernández, Besabe y Grad, 2002) está más arraigadas en los caracteres individualistas; sería como la necesidad continua de salvar obstáculos para conseguir la meta propuesta, llegar a la excelencia o luchar contra lo establecido hasta superarlo a base de "poder ser capaz de hacerlo" y por su puesto conseguirlo porque son personas generalmente muy motivadas que se basan en su habilidad y su esfuerzo pero cuando sufren fracasos precisamente por falta de esa habilidad y esfuerzo, lo achacan a la mala suerte.

De entre las teorías de la motivación más emblemáticas y quizás más trabajadas por Enfermería, resaltamos la de Maslow (1991) que considerando que la superación de sus necesidades, jerarquizadas por importancia, le haría progresar por niveles, simulando una pirámide escalonada, avanzando hasta la siguiente necesidad deficitaria si la hubiera.

La imagen de la pirámide dividida en cinco niveles representan las necesidades básicas que pueden influir negativamente -si no se satisfacen- en el comportamiento de las personas de acuerdo a la

consecución, o no, de los objetivos propuestos tal como vemos en la Figura 7.

Figura 7. *Pirámide de Necesidades según A. Maslow. (Psicología laboral.Net)*

Pero en la posibilidad de establecer un orden de recompensas para motivar a los alumnos, es importante aclarar el secreto de la motivación, según Levoeuf y Muro (2012); lo habitual, donde no cabe la cuestión económica directa ni la compensación en especie, radica sencillamente en los parabienes, aquello que se puede recibir de los pacientes o familiares, de los profesionales cercanos o de los tutores que marcan cada día la dinámica de las tareas pendientes de realizar y su seguimiento, aunque en muchas ocasiones tampoco son suficientes ni adecuadas o bien aceptadas por todos, la que es adecuada para unos, no lo es para otros.

Volviendo a Levoeuf y Muro, existen incentivos negativos, aquellos que consisten en actuar en contra de los intereses generales atendiendo, sin lógica aparente, a ciertos intereses inciertos, por lo que habría que valorar:

- Qué deberíamos recompensar.
- A quién deberíamos recompensar.
- Qué es lo que deseamos recompensar.
- Recompensar sin más dilaciones.
- Premiar claramente la calidad frente a la mediocridad.

Los casos particulares de recompensas también suscitan problemas en su implantación aunque existen otras posibilidades:

- Facilitar la flexibilidad de horarios y turnos a los alumnos con problemas justificados de diferente índole.

- Conseguir que los días libres extras que se soliciten se concedan en las fechas solicitadas valorarando las recuperaciones que hubiera lugar en cada caso.

- Reconocer logros conseguidos.

- Las llamadas de atención se deben hacer en privado y los elogios en público. Las felicitaciones, por supuesto, han de ser públicas y de reconocimiento general.

- Fomentar el sentimiento de pertenencia.

- Reconocer los problemas de los alumnos para tomar determinaciones que puedan revertir situaciones disfuncionales o mejorarlas.

1.2 Aprendizaje

El fenómeno de las prácticas curriculares permite observar a los alumnos en su fase de aprendizaje subjetivo para valorar comportamientos y actitudes que se pueden medir, Bunnel (2006, citado por Asenjo, 2006) sin embargo, existen cinco características específicas

en el aprendizaje en los alumnos de Enfermería y en los alumnos en general que se forman en ciencias de la salud y participan de las prácticas hospitalarias: Tabla 26.

QUIEREN USAR RAPIDAMENTE LO APRENDIDO
QUIEREN APRENDER DE FORMA INTERACTIVA
PREFIERE APRENDER A SU RITMO… en autoaprendizaje
LE MOTIVA PARTICIPAR EN LA DEFINICIÓN DE OBJETIVOS
QIEREN SABER COMO PROGRESAN SER SOMETIDOS A CONTROL… y recibir feedback

***Tabla 26**. Características del aprendizaje según Bunnel (2006)*

Los diferentes modelos de aprendizaje nos hacen ver desde diferentes perspectivas las razones de su efectividad por lo que veremos algunos de los más significativos:

APRENDIZAJE REFLEXIVO Y CRÍTICO

Son fundamentales, puesto que no solo el conocimiento o la experiencia que proporcionan las prácticas serían suficientes para completar una formación adecuada, para que eso suceda se tendrían que dar ciertos condicionantes desde el proporciona aprender a aprender, como la misma comprensión, la destreza en el manejo de la información, la identificación personal y sin complejos en la etapa de aprendiz y el ser capaz de aprender de tantas situaciones como se le presentan al alumno desde el punto de vista de López y Ballesteros (2003).

APRENDIZAJE COOPERATIVO

Para Johnson, D. y Johnson, F. (1999, citados por Cadoche y Galván, 2006) su eficacia reside en el trabajo con pequeños grupos que consigue efectividad tanto en lo individual como en lo colectivo. Si alguien del grupo alcanza el éxito, el resto se incentiva, pues entiende, que por ahí llegan los resultados gracias, entre otras cosas a la estrategia de reconocimientos o recompensas, Cadoche y Galvan establecen cinco fases en su desarrollo:

- Interdependencia positiva.
  Es el núcleo central y se basa en que el éxito de uno genera el éxito de todo el grupo: Del trabajo individual depende e éxito de todos.

- Responsabilidades individual y colectiva.
  Hay que saber trabajar juntos (el grupo facilita el trabajo evitando que la responsabilidad individual se diluya).

- Interacción cara a cara.
  Para facilitar el intercambio de información, de conocimientos, servir de apoyo unos a otros para promover el éxito de los demás.

- Habilidades sociales.
  Los miembros del grupo deben saber tomar decisiones, crear un clima de confianza, saber comunicarse adecuadamente y manejar conflictos.

- Evaluación de grupo.
  Para comprobar los avances en la consecución de sus metas.

APRENDIZAJE ADQUIRIDO

También es digno resaltar que el que depende de la ayuda de otros compañeros que de forma altruista toman las responsabilidades

formativas aunque sin estar realmente preparados porque les satisface hacerlo, por vocación o por interés. Jiménez, Casas, García y Luengo (2010).

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Es el más elemental y de él dependen los demás tipos de aprendizaje. En este modelo de Ausubel (1983:61) los conceptos son "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan por algún símbolo o signos" y destacaba la importancia del aprendizaje por recepción denominándolo *enfoque explosivo* para asimilar los conceptos verbales y la información.

APRENDIZAJE POR DESCUBRIMIENTO

Según Brunner (1968) es el más efectivo si se hace de forma inductiva, es decir, yendo de lo particular a lo general, con la práctica de la experimentación ensayo-error. Estaba en contra de las teorías de Ausubel porque creía más en el aprendizaje por descubrimiento.

Pero ¿qué sucede cuando en un momento determinado se cuestiona la propia gestión del aprendizaje que vemos comprometido y cuestionado? Lo que hasta entonces era lógico y razonable, ya no lo es, en el ámbito de la salud se desconfía de la teoría y de las actividades de cada día. Y es por eso que se debe desarrollar el pensamiento reflexivo y crítico que libere esa carga y permita reconstruir mejor las prácticas. Es lo que llamamos des aprendizaje, que deja de nuevo allanar el camino después de identificar las fallas que bloquearon los procesos lógicos sociales y personales (Medina y Nolla, 2007).

Pero el aprendizaje tiene diferentes vías para ser eficaz tras el cambio de actitud en las personas tras haber sido instruidas para responder del mismo modo en situaciones semejantes. Para comprobar cómo se

produce el aprendizaje recurriremos a las teorías cognitivas y conductuales:

1. Conductismo. Basados en los trabajos de Paulov, Skinner, Bandura y Thorndike entre otros, que se decantan por los estímulos ambientales así como a las respuestas que pueden ser observadas como estandarte del buen aprendizaje donde los procesos cobran especial importancia como revelan Sánchez, Ramos y otros (1994):

   - Contigüidad, cuando se suceden dos acontecimientos al mismo tiempo, en caso de que más adelante se repita uno tan solo, el otro también será recordado, se trata del condicionamiento clásico.

   - Condicionamiento operante. En este caso las consecuencias derivadas de los hechos de un individuo y sus antecedentes cobran un importante peso a la hora de actuar en el futuro.

   - Condicionamiento vicario. En el aprendizaje social porque se basa en la observación y el modelado, es el aprendizaje por imitación a los otros tan típico en las prácticas de los alumnos de Enfermería.

2. Cognitivismo. En este caso el aprendizaje se basa en las sensaciones de los individuos que interactúan con el ambiente activamente, experimentando en las más diversas situaciones para extraer consecuencias al tiempo que se esfuerzan por mantener lo aprendido como base a nuevas experiencias.

3. Aprendizaje Gestalt, Psicólogosde la forma. La base de este aprendizaje está en lo que conocemos, en la percepción de cómo se interpretan las sensaciones a través de los sentidos.

1.3 Adquisición de competencias

La definición de competencias de Boyatzis (1982) se basa en las "características subyacentes en una persona casualmente relacionadas con una actuación de éxito en un puesto de trabajo y en una organización concreta". Las competencias generalistas deben capacitar al alumno o alumna de Enfermería para conseguir su Graduación que se resumen en este apartado:

- Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera. Basada en los derechos humanos.

- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. O cómo tomar decisiones clínicas sobre el paciente.

- Capacidad para utilizar habilidades, intervenciones y actividades paraproporcionar cuidados óptimos. Y en ello, realizar valoraciones procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa.

- Conocimiento y competencias cognitivas. Actualizando los conocimientos los avances tecnológicos y científicos.

- Competencias interpersonales y de comunicación. Dar información adaptada y fluida así como soporte emocional registrando y gestionando la información éticamente garantizando su confidencialidad.

- Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. Supone capacidad para liderar y trabajar con equipos.

Las competencias se basan en métodos, técnicas y teorías para comprobar la diferencia entre el desempeño real y el desempeño que realmente debiera ser. Pereda y Berrocal (1999) ajustan la definición, dejando el término de competencias como "serie de comportamientos

observables que están causalmente relacionados con el desempeño bueno o excelente en un puesto de trabajo concreto y en una organización concreta".

Un modelo de competencia, el de Douglas McClelland (1973) proponía un modelo de competencias basado en que los conocimientos, las habilidades y la experiencia, importantes por su proceso de adquisición como los son los rasgos, los motivos y las aptitudes; las competencias reflejan la identidad de la organización donde se aprecia y valora a las personas. Pero competencias no solo son cualificaciones, sino también capacidades para combinar recursos propios en un momento dado.

Entre las competencias genéricas de Enfermería están las competencias instrumentales (habilidades,capacidades y destrezas) las competencias interpersonales (capacidad de expresar sensaciones o ser crítico con los demás y consigo mismo) y las competencias sistémicas (entendimiento y conocimiento). El salto cualitativo en el campo de las competencias lo presenta Joseph (1999) en una clasificación más específica con cuatro modelos, según Zorrilla (2012) que dan lugar al banco competencial:

- Competencia Modelo Reparador. Da consistencia a las competencias cuando aparecen problemas de entendimiento entre dos individuos no afines.

- Competencias Técnicas. De diagnóstico certero, sin ambigüedades.

- Competencias Contractuales. Bajo contrato y asentimiento de subordinado.

- Competencias Rituales. Con acuerdo completo, festivo y de cooperación.

La cultura participativa, la creación y el intercambio son las bases del aprendizaje por iguales en la cultura popular de la que procede, Jenkins (2006) y las competencias mediáticas:

1. JUEGO. Desarrolla la concentración en la resolución de problemas donde intervienen el riesgo y la toma de decisiones ante una meta.

2. REPRESENTACIÓN. Juego de roles con la mirada puesta en otras alternativas a la propia para adoptar identidades alternativas para improvisar en la resolución de problemas.

3. SIMULACIÓN. Experimentación a través de simuladores donde se pueden poner en práctica las situaciones más complicadas de la vida real desde la lógica que transmite.

4. APROPIACIÓN. Con técnicas digitales que se puede trabajar la inspiración, seleccionando partes de diferentes de obras en diferentes formatos para mezclarlos y editar una nueva creación.

5. MULTIÁREA. Es la competencia que posibilita trabajar con diferentes temas a la vez, en poco tiempo permite mejorar la memoria temporal.

6. PENSAMIENTO DISTRIBUTIVO. Los ordenadores plasman párrafos, dibujos, fotos, etc. que se pueden manipular a nuestro antojo, reestructura la capacidad cognitiva al dejar la reconstrucción permanente.

7. INTELIGENCIA COLECTIVA. Es la cultura de la propiedad colectiva de saberes basada en las teorías de Levy, es el aprendizaje aprendido entre todos y para todos.

8. JUICIO. Es apelar a todas las fuentes a nuestro alcance, para poder seleccionar lo que necesitamos.

9. NAVEGACIÓN TRANSMEDIÁTICA. Posibilita el seguimiento a cualquier tema desde las múltiples opciones de los medios.

10. TRABAJO EN REDES. La dificultad es poder conectar con grupos que traten los temas que se buscan y no otros.

11. NEGOCIACIÓN. Es la capacidad de reconocer en diferentes escenarios otras opciones a las nuestras.

Rodríguez Trujillo extrajo unas características comunes de las definiciones de competencia de varios autores entre las cuales concluía que residían permanentemente en las personas, que aparecen al realizar alguna tarea, que están relacionadas con cualquier actividad encaminada a ser exitosa y que son casuales con el éxito pudiéndose generalizar otras actividades.

La regulación de las competencias desde la Convergencia Europea para la enseñanza superior dio una especial relevancia a las competencias genéricas o transversales que daban un sentido de amplitud y convivencia con otras disciplinas pero sin llegar a solaparse, más bien a beneficiarse en común, de modo que una vez que los alumnos son graduados estén en la misma sintonía con el resto de profesionales.

Las competencias transversales o genéricas serían aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas. Son habilidades necesarias para ejercer eficazmente cualquier profesión pero no es frecuente que se consideren de forma explícita en una asignatura determinada, al
menos en ciencias de la salud y que Baños y Pérez (2005) han resumido en tres propuestas del proyecto Tunning que vemos sintetizadas:

INSTRUMENTALES.

Capacidad de análisis y síntesis, Capacidad de organización y planificación, Conocimientos generales básicos, Conocimientos básicos de la profesión, Comunicación oral y escrita, Conocimiento de idiomas, Habilidades en el manejo de un ordenador, Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar información de fuentes diversas), Resolución de problemas y Toma de decisiones.

INTERPERSONALES.

Capacidad crítica y autocrítica, Trabajoen equipo, Habilidades interpersonales, Trabajo en equipo interdisciplinario, Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas, Reconocimiento de la diversidad y multiculturalidad, Habilidad para trabajar en un contexto internacional y Compromiso ético.

SISTÉMICAS.

Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica, Habilidades de investigación, Aprendizaje, Adaptación a nuevas situaciones, Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad), Liderazgo, Conocimiento de culturas y costumbres de otros países, Habilidad para trabajar de forma autónoma, Diseño y gestión de proyectos Iniciativa y espíritu emprendedor.

Sin embargo, si comparamos el modelo de competencias con las competencias que realmente tiene el alumno, se puede observar la diferencia entre desempeño real y el que debería ser real y poder así identificar las necesidades de entrenamiento.

Pero las competencias se relacionan con ciertos criterios según Cuevas, Martínez y Baltanás (2006):

- Según la tarea a realizar en cada puesto de trabajo y de qué manera se realiza.

- Dependiendo de los resultados producidos.

- Basados en los conocimientos, habilidades y actitudes demostrables.

Pero el sistema educativo actual, según Zabala y Arnau (2008), invierte la tendencia tradicional basada en la memorización, la disciplina y el texto y toma los relacionados con la comprensión de los conocimientos, el desarrollo de los procesos, la utilización de las bibliotecas como recurso fundamental y la autogestión del trabajo, pero la comprensión, que facilita la esquematización corre el peligro de dar más importancia al saber hacer que al propio saber, contenidos procedimentales frente a procedimientos conceptuales.

Los planteamientos de los programas educativos ofrecen contenidos que forman el "conjunto de los saberes relacionados con lo cultural, lo social, lo político, lo económico, lo científico, lo tecnológico, que conforman las distintas Áreas Académicas y Asignaturas, cuya asimilación y apropiación por los alumnos es considerada esencial para su desarrollo y socialización", (Coll y Valls,1992) donde los *saberes académicos* se dirigen a los alumnos para que generen sus propios currículums y sean capaces de dar sentido a lo que aprenden.

1.4 Seguimiento en la evaluación de las prácticas.

En este capítulo nos referiremos exclusivamente a las prácticas y otras actividades que se realizan en ese periodo tanto en el Hospital como en Atención Primaria no incluyendo las actividades académicas.

1.4.1 Alumnos de Segundo Curso

Corresponde a la asignatura Prácticas Clínicas 1 y las Unidades donde realizan estas prácticas son: Medicina interna 1 y 2. Como el

resto de alumnos deben realizar una serie de actividades relacionadas con su evaluación que serán obligatorias, su falta de asistencia a alguna de ellas conllevará el suspenso. Durante estas actividades los alumnos deberán demostrar respeto y tolerancia con pacientes y familiares además de los compañeros y los propios enfermeros y enfermeras que participan de su formación, demostando su desarrollo en el aprendizaje autónomo durante las 216 horas de prácticas. Estas son las actividades evaluatorias:

- Elaboración de un portafolios docente que debe entregar el último día de prácticas .

- Prácticas clínicas (los tutores de cada unidad podrá asesorara a los Asociados Clínicos y tendrán lugar entre enero y marzo; la solicitud en el Hospital Rafael Méndez dependerá de la disponibilidad de plazas las recuperaciones se harán entre junio y julio en la Unidad de Medicina Interna).

- Elaboración de una Historia de Enfermería (se realizará durante su estancia clínica). Consiste en realizar una historia de un caso clínico, con valoración inicial con todas las fases del proceso del diagnóstico de enfermería, taxonomías, Intervenciones NIC y resultados NOC. También se añadirá la discusión del caso y Bibliografía.

- Examen Práctico que tendrá lugar en marzo

Si la evaluación del examen práctico del profesor Asociado más la del informe de prácticas del tutor no llegase al 50% de la nota exigida debería repetir la actividad deficiente.

1.4.2 Alumnos de tercer curso

Corresponde a la asignatura Prácticas Clínicas 2. Son 8 semanas de prácticas entre marzo y mayo con cerca de 225 horas y la recuperación de posibles insuficiencias se realizará entre junio y julio. Las actividades para evaluar tendrán las mismas características y formato que la de los alumnos de segundo curso.

1.4.3 Alumnos de cuarto curso

El seguimiento de los alumnos de 4º curso incluye Atención Primaria además de Atención Hospitalaria, está compuesto de cuatro Prácticums con 12 créditos cada uno y 260 horas de estancias clínicas que se desarrollan durante todo el curso académico durante los cuales se evalúan a los alumnos en base a los cuidados de Enfermería, a la familia y a la comunidad. Las actividades durante esta etapa son:

ESTANCIA CLÍNICA.

La duración está en 8 semanas, con 260 horas, que al distribuirse por cuatro grupos en 4 rotatorios se ajusta al año académico entre septiembre y mayo.

SESIÓN CLÍNICA

Es una exposición pública dirigida al personal del Equipo de Atención Primaria (EAP) sobre un tema que sea de su interés utilizando las nuevas tecnologías. Puede basarse en un caso clínico o una revisión bibliográfica y se han de completar todos los pasos previos como la convocatoria, la metodología, el formato de la sesión, el lugar y la hora de celebración; la sesión se debe ajustar al tiempo previsto y al final se reflejarán tanto el resumen como los agradecimientos y la recogida de firmas de los asistentes.

SESIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Los alumnos deben exponer por grupos ante miembros de la Comunidad del Centro de Salud correspondiente un tema a su elección sobre Educación para la Salud; posteriormente lo harán llegar a los Profesores Asociados para exponerlo en fecha por determinar.

PORTAFOLIOS REFLEXIVO.

Es un dosier o carpeta de aprendizaje y reflejo de la evolución personal del alumno como recolección de diferentes trabajos que añade durante todo el proceso de prácticas con evidencias claras sobre lo aprendido, sobre la toma de decisiones, sobre la evolución de sus habilidades técnicas o sobre los procesos informáticos empleados o las nuevas tecnologías, reflejando las posibles limitaciones para realizarlo o las aportaciones que podría hacer en la unidad de prácticas. (García Jiménez et al en Padilla, 2002).

El Prácticum 2 también cuenta con 8 semanas en fechas a determinar por el rotatorio de cada una de las restantes Prácticas. Estas prácticas se desarrollan en el Servicio de Urgencias Hospitalarias y Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y las actividades a desarrollar son además de la Estancia Clínica, un Portafolios reflexivo, una Historia de Enfermería y una Sesión Clínica.

En cuanto al Prácticum 3, también con una duración de 8 semanas y 260 horas de estancia clínica que desarrollarán los alumnos en la Unidad de Enfermería o Servicio que hayan elegido de entre las posibilidades del centro.

Finalmente, en el Prácticum 4, con las mismas características que el anterior, pero con 8 semanas de duración y con la celebración del último seminario en el hospital Rafael Méndez.

TRABAJO FIN DE GRADO (TFG)

Es un trabajo que forma una asignatura por sí mismo y se debe realizar al final del curso académico por los alumnos de 4º curso, que tutelados por un Tutor Académico asignado por la Comisión de TFG, tendrán que defender públicamente ante un tribunal. Las temáticas de dicho trabajo van desde la Investigación en sus diferentes formatos a un trabajo de campo o de laboratorio, estudios monográficos de casos clínicos o en general cualquier temática que por su interés y oportunidad sea autorizado por la Comisión de Trabajo de Fin de Grado

El tutor del alumno, a instancias del Profesor Asociado Clínico, cumplimentara si fuera necesaria su colaboración un informe de evaluavión del alumno, donde se reflejen las actitudes y aptitudes del alumno durante su estancia clínica en el que se Incluyen aspectos sobre:

- Actitud en el servicio donde desarrolla las prácticas.
- Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.
- Trabajo en equipo.
- Comportamiento ante el usuario y familia.
- Cumplimiento de las normas.

- Valoración de los trabajos prácticos correspondientes a esas prácticas: Sesión Clínica, Sesión de Educación para la Salud, Plan de Cuidados...

- Observaciones del tutor sobre el alumno.

La mayoría de los datos aportados en este capítulo han sido extraídos en su mayoría de las Guías de las asignaturas de Grado de Enfermería en la Facultad del Campus de Ciencias Socio Sanitarias de Lorca (2017).

2. UN CONTEXTO SOCIOCULTURAL

2.1 Un apunte sociológico en el marco hospitalario

"Las normas sociales constituyen la historia social y aparecen inconscientemente" tal como expresa Habernas (1991) citado por Siles (1999) que ve a la sociedad como un sistema de comunicación e interpretación, la socialización del individuo, en cada cultura.

En esa fase de reconocimiento tendrán lugar lo que Kant (1999) pragmático por excelencia, y quizás el primer autor que utilizó ese calificativo, en su libro *Antropología desde el punto de vista pragmático,* ayuda a conocer al hombre por lo que realmente puede hacer y habla de las buenas maneras como interacciones ordinarias que a modo de interrogatorio subliminal, justifican la presentación de uno mismo en público (Larrauri, 2012). Es la actitud que sigue el alumno de Enfermería en los primeros días en su presentación ante el grupo que se integra, ante los demás componentes del equipo de manera individual y ante los demás grupos e individuos intervinientes en el proceso de prácticas. Esas buenas maneras son el acceso a la micro sociología, las relaciones que se establecen entre el individuo y el grupo social así como la sociabilidad entre miembros de una colectividad que evoca lo cotidiano de la vida de cada persona según Georges Gurvich (1971).

Goffman (2001) decía que cuando un individuo se presenta a otros en un lugar claramente definido por su actividad, máxime cuando se conoce que va a estar conviviendo con ellos durante una temporada como es el caso del alumno en sus prácticas, los *residentes* querrán saber cuanto puedan sobre él, sobre todo los que lo van a tratar más frecuentemente; con ello tratarán de conocer que pueden esperar de ese alumno y obrar en consecuencia. El alumno lo sabe y tratará de ofrecer su mejor imagen, no obstante, en su comienzo tendrá que pasar por una fase de *reconocimiento* no exenta de cierta ansiedad ante los demás hasta que

consolide su adaptación. Goffman indica algunas claves de la micro sociología, ver el sentido en las cosas que parecen no tenerlo:

1. Los Recursos seguros. Banalidades que se expresan en situaciones anodinas para cumplir el expediente sin más en un acto de sociabilidad mínima (como puede suceder en el saludo del alumno al Supervisor de otra unidad al cruzarse en la escalera de la planta, o al vecino del sexto al entrar en el ascensor, el saludo al guardia de seguridad al pasar el coche al aparcamiento…).

2. La Vulnerabilidad de los lazos sociales. Suelen ser conflictos de normas que provocan tensión más o menos controlada (Coincidiendo en cafetería del hospital con el Gerente a la hora de pedir un café al mismo tiempo, por ver quién pide antes…).

Es fácil comprender cómo estos casos de sociabilidad recíproca no tienen por qué implicar simetría alguna, incluso cuando alguien se dirige a una multitud, un profesor a sus alumnos o incluso en un concierto de música, donde aparentemente se produce una relación de sentido único, resulta que todos los participantes son, en mayor o menor medida, activos y pasivos. Pero hay una salvedad: la fuerza de la mirada en la relación social. Así es, la función psicológica del ojo es única cuando interviene en el intercambio de miradas al querer saber del otro, es la reciprocidad por excelencia, observar y ser observado (Joseph, 1999).

Precisamente en lo particular, podemos decir que en la *micro sociología*, teoría de Isaac Joseph, como *cuestionamiento de la evidencia*, todo lo que les sucede a las personas son subjetivas pero también individuales en el ámbito general y que se entienden como unas relaciones entre los grupos y los propios individuos, grupos que actúan como subgrupos con sus propios intereses y costumbres. También los definía Gurvitch cuando hablaba de las vinculaciones entre los miembros de un grupo en su propio medio ambiente, micro cultura, tratada como la afirmación de identidad y diferencia contra la diversidad global, excluyente y minoritaria.

Pero los hospitales se configuran a base de grupos culturales plurales en los que se produce una socialización selectiva a nivel de subgrupos y donde el alumno aprende las normas establecidas de la organización e interiorizan su estructura social, forjando la interacción con los demás y al mismo tiempo madura su identidad social y profesional; aunque no resulta nada sencillo integrarse en una nueva organización durante una corta estancia y la responsabilidad que se asume es grande, en parte, por la falta de conocimientos que pueda producirle inseguridad y por poder desenvolverse en esta suerte de socialización secundaria (Berger y Luckmann 1968: 174-204) porque ya vienen precedidos de la socialización previa en su propio ambiente (Robbins,1994).

Franz Boas (1899) basaba su concepto de socialización en el relativismo cultural, al entender que las culturas tenían siempre los mismos procesos pero diferenciados por su propia historia, su geografía y los hábitos sociales de esa comunidad. Para Goodenough (1985) la socialización se manifestaba por lo que la gente tenía en su mente, como lo percibía, lo relacionaba e interpretaba.

Harris (2004) se refería al estilo de vida total adquirido en un grupo de personas, simplemente al observar cuando hablan desde una socialización que comienza desde el nacimiento, es social por naturaleza, que el tiempo adereza para formar parte de la sociedad a la que pertenece (Bourdeau, 2000), en esa convivencia de individuos o grupos que atribuye a las prácticas sociales, le otorga un sentido estratégico en esa micro sociología o sociología de la vida cotidiana, aportando la clave del *hábitus*, como puente entre lo macro social (las grandes estructuras de las relaciones sociales) y lo micro social (las subjetividades individuales). Hábitus, para Bourdeau, son clasificaciones que orientan las valoraciones, percepciones y acciones de los individuos que sirven para interiorizar lo social y estructurar tanto las prácticas culturales como las representaciones, el hábitus aparece como el lugar de incorporación de lo social en el sujeto, permitiendo de ese modo superar su problema como sujeto individual.

2.2 Aspectos culturales

Los alumnos se integran en diferentes grupos por afinidades que marcan las pautas sociales en el periodo de prácticas. La cultura en un grupo humano es tratada por Siles (2000) como “conjunto de los comportamientos, pensamientos y sentimientos implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano". El origen de la palabra cultura es el latín romano, cuyo significado era “cultivo de la tierra” y más tarde se metaforizó como “cultivo de la especie humana” y la definición más lograda fue la de Tylor (1871): “totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre en cuanto miembro de un sociedad”, definición que todavía sigue siendo la más citada.

En las ciencias sociales, actualmente, la palabra cultura hace mención tanto a la producción material como a la no material de una sociedad. En el contexto de las prácticas curriculares el alumnado deja claro quién es, que hace y cuáles son sus metas ante el grupo al que pertenece temporalmente, supervisores, enfermeros, enfermeras y tutores, pero también al ex grupo entendido como resto de profesiones, que de alguna manera, coinciden en el trato diario con los alumnos y que pueden influir ocasionalmente en su formación práctica. La cultura cohesiona a los individuos de la misma profesión con el riesgo de impedir la cooperación con otros grupos dispares, los otros, al establecer cierta distancia que los definen y ponen en su lugar. Cada grupo y la subcultura que pregonan conviven interconectadas por determinadas circunstancias que ocasionan puntuales conflictos, por otro lado normales en cualquier organización. Cultura, para Smetlzer et al (2013) se define como patrones de conducta aprendidos, creencias y valores compartidos por un grupo particular de personas.

No obstante, ante esa aparente diferencia, que no lo es tanto, se formula una igualdad de todos en base al profesional que atiende al

paciente pero distinguiendo claramente la mencionada subculturalidad por edad, genero, clase y otras acepciones que generan otras subculturas y la de las enfermeras y enfermeros tiene una visión diferente a la de los pacientes (García, 1998). Por tanto, la cultura incluye a la educación y no solo académica. La socialización es tratada como un continuo inspirador de conocimientos, normas, valores, tradiciones y costumbres.

De nuevo Georges Gurvitch, en las relaciones de los individuos con los grupos o subgrupos sociales y sus intereses de por medio, incluía el medio ambiente para denominar la micro cultura en una autoafirmación identitaria diferenciada de la diversidad global, excluyente y minoritaria, porque es imposible escindirse de la cultura propia si los valores personales reflejan los valores sociales aprehendidos como miembro social.

No obstante, parece que en la realidad entre las diferentes profesionales sanitarias existe, subliminalmente, un egocentrismo socio-cultural propio que en más de una ocasión da la cara a destiempo, pues las relaciones están sustentadas en su mayoría por un estatus de poder, donde cada uno de los implicados en el proceso tiene su mundo estructurado según Tylor. Son notorias las situaciones dicotómicas que podemos observar entre facultativos y enfermero/as, o entre estos y las auxiliares de enfermería, entre estas y los celadores donde aparecen la realidad (lo interior) en un aspecto verdadero y la apariencia (lo exterior) que también es real pero entendida como algo que parece y que no lo es, que necesita explicación pues no depende de los sentidos (Ferrater, 1979: 75). Pero en definitiva, lejos de la *tiranía* de poder que se establecen en todos los hospitales existe la cultura del etnocentrismo en todos los grupos de profesionales, submundos (sin menosprecio) o micro culturas que de una manera u otra establecen sus propios códigos, reinos de taifas que todos disfrutan de manera excluyente para con los demás, demostraciones de empoderamiento de los grupos reforzando así su identidad colectiva (Hatch y Shultz, 1997).

Esos símbolos que enaltecen algunos aspectos definitorios de la micro cultura en los grupos son evidentes y en el contexto de las prácticas de Enfermería podemos observar, por ejemplo, cómo los médicos lucen colgados especialmente del cuello o en algún bolsillo de la bata sus estetoscopios en una exhibición de poderío comunicando públicamente su jerarquía. Enfermería luce tijeras o pinzas colgadas de los bolsillos, o relojes pinzados en sus uniformes para la "interpretación de su papel", por supuesto, inequívocamente identificativo, en la línea de Bourdieu en su obra *Distinción.*

2.3 "Lugar" y "No lugar"

Los alumnos que están dentro del hospital están en alguna parte, compartiendo situaciones y vivencias con otros, observando y actuando en un marco común, un lugar. Augé (2006) definía un Lugar Antropológico como "aquel espacio común en el que convergen actividades, creencias y eventos que, aun siendo temporales, moldean la cultura en ese preciso lugar que lo une todo, que comparten rasgos comunes, identificatorios e históricos donde nos comunicamos y construimos la memoria colectiva".

Pero también aparecen lugares sin espacio, sin esos rasgos, son los *no lugares*, la tendencia actual a la individualidad y rechazo a la no socialización.

Los lugares generan un mundo propio, útil y satisfactorio, de comunicación entre individuos, un lugar antropológico: los no lugares son "…focos importantes de actividades donde se mueven las personas con sus intereses, creencias, ambiciones y necesidades, son tratados como espacios de flujo que están muy determinados en la sociedad actual y son nada significativos (Augé, 1993). No se les dan categoría de lugar y aunque para Certeau (2000) los no lugares hacen

alusión a una cualidad negativa por ausencia de lugar, Foulkes (2002) los divide en anónimos de paso cuando son espacios sin ningún interés, a pesar de su rutinario uso y lugares de tránsito, donde se radican las personas por intereses diversos que tienen que ver con un estacionamiento temporal sin historia, identidad ni relación. El hospital para los alumnos de prácticas sugiere todos estos escenarios y al final de su recorrido práctico valorarán que tienen ellos que ver con los conceptos de Augé, una experiencia que no se evalúa pero que conforma al alumno desde los espacios de identidad que acopia para sí.

Pero las teorías del no lugar de Augé han sido cuestionadas por Korstange (2006) al dudar de lo que representa para los individuos y su grupo un lugar, también por la necesidad de crear el concepto de los no derechos en confrontación de los derechos adquiridos sobre el lugar por los que se abonan a ser sus poseedores y finalmente por entender ciertos *no lugares* como, aeropuertos o centros comerciales tienen diferente significación para hombres de negocios o para estudiantes, para jóvenes o para mayores según las apreciaciones de Lazzari (2012).

2.4 La construcción de la identidad profesional

El soporte social es una de las características que necesita cualquier profesional para ser reconocido por la profesión que ejerce y ser respetado por ello y además de hacerse notar y por ser diferente al resto de profesiones de acuerdo a sus características o atributos, un rol o comportamiento determinado que emana de cada individuo que pertenece al *gremio* y puesto que lo estereotipado en Enfermería es curar, cuidar en general, parece que diferentes medios relacionados con la comunicación y el espectáculo se han encargado de eternizar la imagen de la profesión, eligiendo la más banal de las realidades dicotómicas entre hombre-mujer, médico-enfermera, belleza-fealdad o jefatura y sumisión en cualquiera de ellas donde esté una mujer que en

más de una ocasión aparece malparada (Rodríguez-Camero, M. L. Rodríguez-Camero, N. y Azadón-Hernández, R., 2008).

A mitad del siglo XIX, Nightingale a través de sus métodos de formación, buscaba de paso mejorar la situación de las enfermeras de la mitad del siglo XIX y consiguió que a partir de ese momento empezaran a ser protagonistas de su propia existencia (Siles, 2011). La imagen de las enfermeras cambió social y culturalmente adecuándose a una época de grandes cambios con la importante adhesión de infinidad de mujeres, muchas de las cuales estaban acomodadas social y económicamente. Nightingale trató la reflexión teórica de la naturaleza y el nuevo paradigma docente e investigador, aunque en su aspecto menos favorable mantenía, convencida, la supeditación de Enfermería al médico, Fajardo y Germán (2004). Pero Cano-Caballero (2004) entiende que ha habido épocas donde las enfermeras han trabajado con médicos al mismo nivel de colaboración y profesionalidad. En una *Aproximación a la Filosofía* de Hegel, González (2002, p 65-68) manifestaba que ya en esa época se debería haber producido la negación del *Ser en Sí* tradicional de la enfermera para, transformarlo en un *Ser para Sí*, actual. Las relaciones de poder típicas de los hospitales y el saber médico frente a la sumisión y exclusión de la enfermera como estereotipo de mujer religioso-dependiente, estableció un tabú diferencial contra lo que algunas asociaciones feministas, especialmente, lucharon por la identidad profesional y consiguieron hitos importantes para la época que lo intentaron.

El solapamiento directo entre cuidados y actividades condicionantes femeninas bien merecería una revisión por la propia sociedad, hoy por hoy en manos de los hombres por lo que Fajardo y Germán se atreven a exponer dos hipótesis:

- Ser mujer se asocia a que gran parte de los cuidados enfermeros tiene que ver mucho con las actividades femeninas “de bajo coste” y exentas de cualquier valoración.

§ Los cuidados visibles e invisibles son exactamente igual de valorables y eficaces.

Foucault (2002) hablaba de Enfermería como de una profesión silenciosa, silenciada y sometida, que no daba luz a sus saberes al no publicar los muchos trabajos que realizaban y que debian haber formado parte del conocimiento enfermero, por ello, desacreditados ante la sociedad, las sociedades científicas y los diferentes grupos profesionales sanitarios, donde el poder médico controlaba en todos los aspectos esta situación, ignorando cualquier atisbo de movimiento científico y de investigación que tuviera que ver con Enfermería.

En el mismo Foucault (1999) podemos ver incluso como hablando de cuidados de Enfermería, los que realizaban las propias personas para si, como autocuidado, se construye una relación social de compromiso personal con aquel o aquellos que aparecían como referentes de esos cuidados y que les enseñaban a los pacientes cómo hacerlos adecuadamente y lo manifestaba Dorothea Orem con su teoría general del autocuidado (Álvarez Uría, 1994, en Gastaldo et al, 1999, Ramos et al 2007, y Meleis, 1997) en Amezcua (2009). Carrasco, Marquez y Arena, 2005).

La significación de la denominación de enfermera o enfermero y su significado socio profesional para Cánovas (2004), es muy diferente a las denominaciones anteriores de ATS (Ayudante Técnico Sanitario) y DUE (Diplomado Universitario de Enfermería) como manifiestan los usuarios que prácticamente decían que se identificaban más con la denominación de enfermeras y enfermeros porque les clarificaba más su profesión, sus tareas y, de algún modo, su distinción (Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solobarrieta y Canga-Armayor, 2012).

Según Kojeve (1994), el individuo y los grupos sociales, políticos o profesionales se deben describir sin desmerecer de los cambios que los tiempos determinen en ellos. Identidad significa, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los

demás. Una persona adquiere su propia identidad profesional por lo que los significantes implicados en socialización esperan de él, se trata de una dialéctica entre el individuo y la propia sociedad a la que pertenece, según Berger y Luckman (1986 citado en Rodríguez-Camero y otros 2008).

Los verbos vigilar y castigar están muy presentes en las obras de Foucault (1975) que repasa en las Instituciones de Normalización algunos aspectos propios de Enfermería que van desde desde el poder-conocimiento a la disciplina-resistencia o la clínica-panóptico (Gastaldo et al, 1998) cuestionando ciertas formas de autoridad de personas o grupos por imposición. (Álvarez-Uría, 1994).

Esa identidad profesional es la que debe buscar el alumnado cada día en sus prácticas habituales a través de la observación, valorar si le parece adecuado lo que ve, lo que le transmiten los profesionales, si es eso lo que quiere para su futuro. Las aportaciones de Boesch (1991) y Cole (1996,1999) en esa línea van encaminadas a que cualquier actividad educativa y en este caso con los alumnos en prácticas "implica un acuerdo entre los individuos que actúan de interlocutores y que además, se apropian de todo lo que da forma a esa micro cultura y la base de ese entendimiento es la interobjetividad".

Pero Enfermería sigue sin hacerse visible. Según Collière (1991) muchas de las actuaciones de Enfermería se realizan sin registrarlas por lo que no se puede certificar su cumplimiento (si no se registra, es que no se ha hecho) además, se realizan infinidad de tareas que son de *nadie* a lo largo de la jornada, que ocupan un tiempo y que no tienen "categoría" de enfermería pero que sin su realización algunas cosas no funcionarían adecuadamente y lo mismo sucede, por ejemplo, con los cuidados del paciente, que solo se echan de menos cuando la enfermera no está, eso del trabajo de cada día no se valora adecuadamente (Errasti-Ibarrondo, et al). Cada alumno es una vida y cada vivencia una historia que nos aporta nuevos datos y autenticidad: "Ser auténtica es una manera de ser que permite a una persona

encontrarse a sí misma, mostrando el fenómeno más original de la verdad, donde la presencia es esencialmente un mundo compartido y desde cualquier lugar del mundo se revelan los fenómenos" (Heidegger, 2014).

2.5 Estrés en los alumnos de Enfermería durante las prácticas clínicas.

El vocablo estrés, que se asocia a la palabra "estímulo" según Holmes y Rahe (1979) que lo definen como "un acontecimiento-estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo", entendiendo por estímulo de estrés "cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exija al individuo un cambio en su forma de vida habitual". En su trabajo sobre reajuste psicosocial, junto a Rahe en 1967, Holmes adaptó la escala de Kaplan, Sadock y Grebb que constaba de 43 ítems con sucesos vitales sucedidos al individuo en el último año. Se valoraban de 11 a 100 puntos, considerando que si la suma total de la Unidad de Cambio Vital (UCV) excedía de 200 puntos se podría considerar caso de alto riesgo de sufrir episodios psicosomáticos, por debajo de esa cantidad, el riesgo es mínimo.

En la mayor parte de las ocasiones, los alumnos superan las hipotéticas situaciones estresantes, bien por autogénesis por mecanismos de defensa y protección que les llevaran al éxito. Además de su poder *resiliente* hablamos de *resiliencia* como el poder que tiene cada persona de superar las situaciones negativas o traumáticas en cualquier circunstancia o como dicta la RAE: "…capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas" y además salir reforzados; es el adaptarse a las amenazas y a las adversidades y en general podemos decir que todas las personas somos resilientes en potencia y que hasta que no sucede una circunstancia provocadora para sacar a relucir esa condición, quizás no se sabrá hasta donde podemos llegar.

Los alumnos y alumnas de Enfermería también tienen riesgo de padecer estrés como cualquier otra persona y ser resilientes, es posible siempre

y cuando se tenga una visión positiva y esperanzadora en los problemas, una condición clara en la consecución de objetivos en la vida diaria, lo que ayuda a ser positivo ser comunicativo y tener inteligencia emocional siendo tolerante con los demás, tener fe en sí mismos para aprender desde situaciones pasadas según la American Psychological Association.

Selye (1956) decía del estrés “es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". El proceso de ajuste personal que demandan determinadas situaciones puede ser peligroso si vulneran la estabilidad personal, pues el organismo reacciona fisiológicamente promoviendo taquicardia, taquipnea, alteración del tono muscular, además de trastornos motrices en piernas y brazos sin olvidar las emociones cognitivas. Selye, que además fue pionero en trasladar los temas relacionados con el estrés y su influencia en la salud para llevarlos al campo de la medicina, trabajó con la unidad de puntuación que denominó “unidad de cambio vital” (UCV), por lo que la persona está en riesgo de experimentar trastornos psicosomáticos, si después de puntuar los ítems que aparecen en el cuestionario relacionados con posibles situaciones de estrés que le hayan podido suceder en el último año de la gravedad del mismo, la suma fuera de de 200 puntos o más.

Las respuestas del organismo en situaciones de estrés y su inferencia en el binomio salud / enfermedad se adentran en la psicología de la salud en cuya parcela se puede valorar la correspondiente respuesta fisiológica que aparecen como anomalías diferentes y puede que incluso independientes a las que denominó Síndrome General de Adaptación (SGA) que por otro lado sufría el organismo con la misma intensidad contraria de respuesta para poder eliminarla. En 1950 las situaciones que sufría el organismo en esos casos se les denominó estresores. A partir de ese momento, Selye definió el estrés desde tres conceptos puntuales:

- Estrés es el estímulo que actúa en el organismo y que ofrece ofrece una respuesta determinada.

- Estrés es la respuesta fisiológica/psicológica del individuo frente a un estresor.

- Estrés es la consecuencia entre los estímulos que agreden al individuo y la idiosincrasia del individuo.

A nivel social los estresores determinan, en ocasiones, que hábitos y costumbres desenfoquen la intención de acción individual en detrimento propio por acciones colectivas imanadas, como es el caso de fumar, beber o tomar drogas, salir a eventos que realmente no nos interesan, dejar en segundo lugar actividades de ocio o de tiempo libre por satisfacer la ”ordenanza” de intereses de otros por no quedar descolgado del grupo. Los estresores sociales se pueden considerar derivados de sucesos vitales, es decir, de la misma actividad social (vida en pareja, problemas de hijos, situaciones de paro, hipotecas o deudas puntuales…) o derivados de estresores vitales implacables en su cronicidad como las situaciones de conflictos continuos en el puesto de trabajo, el desprecio social por clase, raza, religión, la mala situación económica irremediable, etc.).

Los estresores se estudian para comprenderlos, asumirlos y atajar sus consecuencias al menor coste para la integridad de cada cual, según Pearlin (1989), dicho de otro modo, el daño que una situación de estrés puede acarrear a un individuo no es ésta en sí misma, si no que existe una relación directa con respecto a su capacidad para resolverla.

Para Sandyn (2003) los estresores sociales derivados de su naturaleza no están demasiado claros y se discute entre las siguientes denominaciones:

- Sucesos vitales, es decir, cambios urgentes y reajustes urgentes.

- Estrés de rol, son los problemas enquistados y con reajustes prolongados como las contrariedades de cada día, los pequeños problemas y las soluciones diarias.

A nivel individual se puede estar preparado de acuerdo al bagaje social acumulado, como pueden ser el aprendizaje en la familia o en el colegio, con castigos y recompensas, a partir de las instituciones que imponen sus propias normas (Mechanic, 1981).

La pertenencia al grupo determina el atrevimiento en la resolución de conflictos ante situaciones de estrés ya que el individuo acumula información de problemas estresantes, suyos y de otros, con las correspondientes reacciones del organismo y sus cambios fisiológicos, que generan anticuerpos y con ello atajan tanto la sensibilidad, como la cronicidad y virulencia de la situación (Moss, 1973).

La fuerza del vínculo aparece como una connotación abstracta en lo que se refiere a los aspectos de las relaciones, donde el tiempo que se invierte en ellas, el tipo de relaciones o los intercambios nunca son equiparables, pero si necesarias.

Según Durkeim, Cooley y Goffman citados por Cockerman (2002), cuando aparece el estrés social produce diferentes situaciones claras y recurrentes pero sin explicación de su efecto en el organismo. En este sentido, conocemos el nivel de estrés de los alumnos en prácticas de segundo y tercer curso de la Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Jaén, curso 2002 / 2003, a través del cuestionario KEZKAK (en euskera, preocupación) de estresores del trabajo en la *Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas* de López y Sánchez (2005).

A partir de ahí relacionaron curso, género y edad, estudiaron las situaciones más estresantes por si influían en la posibilidad de hacer mal el trabajo, de dañar al paciente, de sufrir pinchazos accidentales o de cometer errores o confusiones en la administración de medicación.

En la Tabla 27 vemos los estresores del cuestionario Ketkaz

1. No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo
2. Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
3. Sentir que no puedo ayudar al paciente
4. Hacer daño psicológico al paciente
5. No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes
6. Hacer daño físico al paciente
7. No saber cómo responder al paciente
8. Que me afecten las emociones del paciente
9. Tener que dar malas noticias
10.Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento
11.Que el paciente me trate mal
12. La relación con los profesionales de la salud
13.Contagiarme a través del paciente
14.Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar
15.Pincharme con una aguja infectada
16.Confundirme de medicación
17.Meter la pata
18.Ver morir a un paciente
19.La relación con el profesor responsable de prácticas de la escuela
20.Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer
21.Implicarme demasiado con el paciente
22.Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante
23.No poder llegar a todos los pacientes
24.Que el paciente no me respete
25.La relación con profesor asociado clínico
26.Recibir la denuncia de un paciente
27.Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo
28.La relación con los compañeros estudiantes de enfermería
29.Encontrarme ante una situación de urgencia
30.Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse
31.Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia
32.Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente
33.No saber cómo «cortar» al paciente
34.Tener que trabajar con pacientes agresivos
35.La sobrecarga de trabajo
36.Recibir órdenes contradictorias
37.Que un enfermo del otro sexo se me insinúe
38.No encontrar al médico cuando la situación lo requiere
39.Tener que estar con un paciente terminal
40.Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo
41.Las diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en Prácticas

***Tabla 27**. Cuestionario Ketkaz de 41 items*

Tenemos además la referencia de López-Cruz, Hernández-Castañón, Mendoza- Zamora, Villarreal-Ríos y Gasca-Ramírez (2016) en cuanto al estrés generado por las primeras prácticas de la diplomatura como constatan en el estudio realizado con alumnos de Enfermería en México realizado con el cuestionario Ketkaz valorando los estresores más comunes como son las cuestiones académicas, los problemas personales propios y con los demás. Dentro de sus prácticas curriculares también se describen aspectos ambientales que suponen el sufrimiento, la invalidez o a muerte como estresores de gran importancia. Otro trabajo donde se utilizó el cuestionario Ketkaz fue en Brasil con 116 estudiantes de Enfermería con riesgo potencial de estrés realizado por Llapa Rodrigues, Almeida Marques, Lopes Neto López Montesinos y Amado de Oliveira (2015).

La actitud de cada persona es diferente con respecto a las demás en la respuesta a una situación anómala o controvertida y ante esa situación se reacciona de manera diferente. La mejor respuesta será siempre la que nos lleve a actuar de forma positiva ante la adversidad, es la resiliencia, vocablo que se relaciona con la superación de situaciones difíciles en la vida y en el terreno en la laboral y esa es, precisamente, una de las muchas cualidades que deben aprender los alumnos de los propios profesionales para actuar frente al dolor (propio y sobre todo ajeno) y el sufrimiento que producen ciertas situaciones adversas en las jornadas curriculares (Arrogante, 2015).

Lazarus y Folkman (1986) nos señalan los condicionantes que ofrece el afrontamiento, es decir, el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales realizados en el control de los problemas que sobrepasan la capacidad de su resolución. Y por las características diferenciadas entre los individuos hablamos de estilos de afrontamiento, o predisposiciones del individuo y estrategias de afrontamiento, que son los procesos que se utilizan para resolver las situaciones complejas de desbordamiento emocional.

3. LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

3.1 La atención al paciente

Las conductas ante la salud y la enfermedad han sido desde siempre subjetivadas desde las diferentes culturas, pero cuando esas situaciones de salud declinan en enfermedad, con necesidad de asistencia profesional, se pasa por una situación emocional complicada que Spencer (2003) decía que tenía que ser tratada con los mejores profesionales y con los mejores medios que estén disponibles, que en realidad son los que en ese momento existen, pero también estaba condicionada esa asistencia al posible desconocimiento por parte del enfermero y alumno al que tutela, de los aspectos particulares, profesionales, familiares, sociales, de relaciones, etc. donde pueden estar las claves de la correcta atención, porque al menos se ha de escuchar al paciente el tiempo que le corresponda *oficialmente* y que se le niega en ocasiones, bien por la excesiva carga de trabajo, por la priorización de otras tareas que no siempre son relevantes o por simple comodidad, situaciones que los alumnos perciben y desde su pensamiento crítico y lo interpretan, porque puede ser que muchas de las preocupaciones del paciente pueda ser el propio temor a la enfermedad y su trascendencia o la propia conducta de la familia (Barrera, 2006).

Pero si a todo esto añadimos la *impersonalidad* que se le impone al usuario cuando entra en el circuito sanitario, ya sea en Comunitaria o en Especializada (independientemente de la asistencia diferenciada que practican, deben mantener el mismo trato humanizado) donde pasa a ser un número, un diagnóstico lejos de su nombre real que, además de ser un individuo no productivo, donde la causalidad de los síntomas no puede quedar en una simple cuestión biológica individual, (Antón y Martín, 2013).

Pero en la atención al paciente también existen ciertos factores que intervienen en la *incomodidad* como el compartir una habitación con otra persona desconocida con las limitaciones que ello conlleva,

especialmente con ciertos procesos fisiológicos o el exceso de familiares en esa habitación compartida que erosionan de manera importante la intimidad de unos y de otros y por si fuera poco, la poca sensibilidad que en ocasiones muestra el personal de Enfermería a la hora de realizar determinadas tareas incompatibles con el necesario y reparador descanso y todo ello planteado desde la *normalidad* que parece suponer la indiferencia en algo tan importante como asumir que el paciente es el centro inequívoco del sistema sanitario, donde la humanización, como veremos más adelante, facilita sobremanera la frotación de las situaciones de estrés ocasionado por la enfermedad que debe ser vista, no solo en la parcela biológica, también ha de serlo en el aspecto congnitivo-conductual (Cañadas, Aguilera y Belmonte, 2000).

Pero la voz del paciente se deja sentir a través de las encuestas de satisfacción que organiza el Servicio Murciano de Salud en todos los centros asistenciales para expresar cuáles son sus necesidades, que siente y como es tratado, cuáles sus demandas, porque según Detsky (2011) el profesional también necesita demostrar que le importa. Algunos de las necesidades de los pacientes aparecen en la Tabla 28:

PETICIONES - PREFERENCIAS DEL PACIENTE AL SISTEMA SANITARIO
ESTAR SANO Y CURARSE CUANDO ESTEN ENFERMOS
ATENCION SIN DEMORAS
AMABILIDAD
CERTEZA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
HABITACIÓN INDIVIDUAL
SIN COSTES EXTRAS
QUE LE ATIENDA EL MEJOR PROFESIONAL
PETICIONES DE SEGUNDO NIVEL AL SISTEMA SANITARIO
EFICIENCIA
PREFERENCIA POR LA OPINIÓN DE LA CALLE DE SU TRATAMIENTO
EQUIDAD POR EL SISTEMA SANITARIO LEJOS DE SU HOGAR
NO A LOS PROFESIONALES QUE CEDEN A LOS LABORATORIOS

Tabla 28. *Peticiones de los pacientes al sistema sanitario. Según Detsky (2011)*

También es cierto que en ocasiones los jóvenes enfermeros y por su puesto los alumnos, son vetados por algunos pacientes por su condición de inexperto (situación que siempre advertimos a los alumnos porque a cualquiera de ellos les puede suceder) y se ha de proceder a un cambio de profesional para evitar por un lado tensiones por parte de los pacientes en un problema que tiene fácil solución y ,por otro lado, se evitan frustraciones innecesarias para esos alumnos o profesionales inexpertos que entienden, por otro lado, que existe ese perfil de usuario. Pero cuando el alumno es halagado, animado, valorado o comprendido por otros pacientes que entienden su situación, consiguen casi sin quererlo, que el alumno adquiera una autoestima tal que, desde ese momento, las cosas cambien y sea, quizás esa, la mayor motivación que tenga el resto de los días de prácticas.

En este sentido, los tutores han de estar muy pendientes de los alumnos para que sepan convivir con esa "amenaza" y saber canalizar esos halagos como incentivo, jamás como negativa adulación que le sería muy perjudicial.

3.2 La salud

Para considerar el estado de salud de una persona, en primer lugar deberíamos situar al ser humano en su contexto actual, bastante cambiante y susceptible de ser estudiado y por lo que recurrimos a Álvarez Munárriz (2000) y su concepto de ser humano: "sistema complejo cuyo núcleo reside en la conciencia. Para progresar en su conocimiento nos situamos dentro del enfoque ecosistémico en el que tan importante es la persona como el medio en el que se desarrolla su vida".

Y si complejo es el problema que suscita el desequilibrio salud y enfermedad estaremos con Colliere (1986) en que la dignidad e intimidad de los pacientes serían respetadas al hacerles copartícipes de los cuidados que hubiera que realizarle, valorando su situación desde dos punto de vista, el de enfermero y el médico. El Servicio Murciano de

Salud lanzó en 2013 un plan progresivo en la prevención de enfermedades dirigidas a proteger la salud de la población teniendo en cuenta que la mejoría de la esperanza de vida estaba situada en 82,1 años a pesar de que la esperanza de vida con buena salud bajaba al 61,5 en hombres y a 59,4 en mujeres. Los movimientos poblacionales que provocan diferentes transiciones epidemiológicas ocasionan cambios sustanciales en la protección de la salud, pero a pesar de todo, incluso de la mortalidad en las enfermedades transmisibles y no transmisibles que han disminuido sensiblemente, la carga de enfermedad que producen aumenta hasta un 89,2% en años de vida por discapacidad.

Las estrategias para lograr equilibrar las variables *ganar salud* y prevenir la enfemedad hay que buscarlas en las planificaciones que se programan en base a mejorar los resultados conocidos a lo largo de la vida del usuario al que se aborda por entornos, por poblaciones y siempre desde un enfoque positivo e integral. (Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, 2013). Para ello se seleccionaron estos objetivos:

1. Promover estilos de vida saludables y conductas seguras y bienestar emocional en niños (ámbitos: familia, comunidad y educación desde el control sanitario).

2. Promover estilos de vida saludables durante embarazo y lactancia.

3. Promover el envejecimiento activo y saludable en la población mayor de 50 años. (ámbitos: sanitario, familia y comunidad).

4. Prevenir el deterioro funcional y promover la salud y bienestar emocional en la población mayor de 70 años. (ámbito: sanitario, servicios sociales y comunidad).

3.3 La enfermedad

Barrera para hablar de la enfermedad cuando éste manifiesta que el trance patológico es una equivocación de la naturaleza o una falta de eficiencia intrínseca, que es imposible de erradicar, pero si deb tratar y Sigerist (1932, en Beldarrain, 2002), por su parte, afirmaba que la enfermedad dependía de los cambios sociales en las culturas contra las enfermedades, consolidando así el arte de curar y Laplantine (1995) reconocía que la enfermedad estaba influenciada por la cultura, la medicina moderna, lo social, pero también con lo político.

Y precisamente porque la enfermedad es esquiva "un acontecimiento biológico que legitima al sistema público en su rol social e individual", según Rosenberg (1992 p 139), en su construcción "…aparecen muy variados agentes sociales ajenos a la sanidad" (Arrizabalaga, 2000) en esas circunstancias, se debe reconocer que la *mala salud* no es siempre directamente circunstancial a la enfermedad pues existen causas indeterminadas, hasta lograr su entendimiento, que pueden producir situaciones de sufrimiento difícil de clasificar.

La enfermedad como "desadaptación que los diferentes grupos sociales presentan respondiendo a unos síntomas determinados" según Twaddle (citado por Donati) tiene otro significado para la Organización Mundial de la Salud, el de "alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible" y en ese mantenimiento de salud como proceso holístico (Mulens y Ramos, 2014, p 3-6) organizado, personalizado y tecnológico, aparece una profesión de naturaleza antropológica, con una transculturalidad que debe ser manifiesta, entre otros modelos los citados por Siles y Solano (2009):

1. Sol Naciente de Leiniger (1995) con tres parcelas en los cuidados:

- § Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales.
- § Adaptación y negociación de esos cuidados.
- § Reorientación de los cuidados culturales.

2. Modelo de la herencia y cultura de Rachel Spector (2000), que hace hincapié en la herencia y cultura en su diversidad y en la manera en que influye en la organización y el modo de aplicar los cuidados.

3. Modelo Competencial de Larry Purnell (1999) que facilita la comprensión de la cultura en la salud y en la enfermedad desde la etnografía que permita evaluar creencias, valores y costumbres.

El temor que tienen los pacientes a la enfermedad, sus consecuencias y las repercusiones que afectan a su vida familiar y profesional influyen en el desarrollo negativo de cualquier proceso y se preguntan ¿Por qué a mí? ¿Porque yo?, volviendo a Barrera. En esa circunstancia aparece la figura del acompañante, muy vilipendiada por Enfermería en algunos casos, porque les *estorban* con su presencia, porque van de aquí para allá, no paran de hacerles preguntas o porque lo controlan todo (hasta los comentarios y actitudes de los profesionales), pero lo cierto es que, con sus cuidados en el hospital y más tarde en su domicilio, ahorran un importante montante económico a las arcas hospitalarias, pues sin su presencia se necesitarían muchísimos más recursos humanos de los que ningún gobierno podría soportar.

Para muchos pacientes la enfermedad es una equivocación, un horror burocrático de la naturaleza, una falta absoluta de eficiencia (Barrera). El alumno debe entender que esas situaciones desesperantes y frustrantes en el enfermo son frecuentes en el trabajo sanitario y ha de saber llevarlas, el entrenamiento en las terapias cognitivas utilizadas por los enfermeros y enfermeras deben tener eco en los alumnos, sobre todo, porque durante las prácticas están en el sitio adecuado para hacerlo y el tutor tiene la obligación de allanarle el camino para que el sufrimiento

ajeno suponga para el alumno la vía innegociable que exige el crecimiento profesional a través de esas experiencias.

3.4 Valores

Las normas sociales reflejan creencias y valores. Las creencias están relacionadas con la historia, el entorno y la cultura en toda organización y que adoptan un significado por sus normas sociales, escaparate de su cultura manifestadas inconscientemente; los valores se pueden definir como ideales que dirigen nuestra conducta la que justificamos a través de nuestras acciones juzgando a los demás y a nosotros mismos (Ros y Gouveia, 2013).

Según el diccionario de la RAE, valor significa grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar placer o deleite. Las normas sociales generan valores y creencias, estas se relacionan con la historia, el entorno y la cultura de la organización que adopta significado a través de sus normas sociales manifestadas inconscientemente; los valores son ideales que dirigen nuestra conducta, que justificamos a través de nuestras acciones juzgando a los demás y a nosotros mismos o como dice Parsons (1951), citado por (Ros y Gouveia, 2001) son "…los componentes fundamentales de todo sistema social , observables o no, se podrían inferir de las situaciones y su contenido específico, deducido por el teórico cuidadoso".

Los valores sociales, elementos relativos a los individuos de la sociedad, son importantes porque "ajustan" las conductas, igual sucede con las organizaciones que declaran sus propios valores como señas de identidad y con cierta frecuencia aparecen difusos y de ese modo abocados al fracaso porque, seguro, serán poco o nada operativos. Se necesita que sean directos y legitimados para conseguir compromisos verdaderos.

Los valores humanos en los alumnos se adquieren desde la imposible postura de la posible indiferencia, dice Almerar (1998), porque efectivamente, todos, en mayor o menor medida tienen sus valores que se observan cuando la alumna o alumno ha de tomar cualquier decisión que "consulta sin pensar en su mente" y en una dirección marcada por esos valores aprendidos en su entorno primario y por el respeto que ha aprendido a lo largo de su vida.

Los valores básicos de cada individuo se analizan con respecto al grupo o a otra persona, el alumnado ya es portador de sus propios valores heredados en su propia familia y el entorno que le vio crecer desde antes de comenzar las prácticas, y de igual manera sucede con el resto de colectivos, médicos, auxiliares, celadores, técnicos…antes incluso de pensar cuál sería el futuro laboral de cada cual y es precisamente esta circunstancia, la que va a marcar su proceder. Y lo mejor de todo es que las variadas situaciones que los alumnos viven durante las prácticas moldean esos valores que los hacen especiales y esenciales en su proceder.

Alumnos y alumnas, tratados como enfermeros por cuanto comparten las mismas situaciones in situ, son sinónimo de valores humanos, de estar al lado del que sufre, como únicos y diversos en sus creencias y valores "…metas conscientes que se basan en un comportamiento determinado en cada suceso", según Schwartz y Bilsky (1987).

Pero también es cierto que, entre otras opiniones diferentes a ese punto de vista, lo aporta expresando que esas dudas, lejos de depender de la personalidad se pueda moldear con el tiempo o que sea base de unos genes por las vivencias, por ambos o que las presiones sociales programen al hombre, aunque se tienen indicios de que los valores, que se entrenan, se educan, que son creencias y no rasgos personales elegidos por los hombres y que pueden estar influidos por los instintos genéticos, son necesarios, pues sin ellos el comportamiento humano sería incontrolable.

Para la adquisición de valores, Hunter Lewis (1994), recurre a determinados códigos como son la autoridad (creer en la palabra de otros), la lógica deductiva (coherencia en las creencias), la experiencia sensorial (por la utilización de los sentidos), la emoción (sentir que algo es verdadero), la intuición (pensamiento inconsciente) y la ciencia (intuición para plantear hipótesis demostrables), que a pesar de no ser los únicos, son técnicas de razonamiento moral que utilizamos cotidianamente, dando cada persona más énfasis a una o a otra y por ello se significa como valor personal dominante y explica el que seamos tan diferentes unos de otros. Las normas sociales son la imagen de las creencias y los valores básicos.

3.5 Vocación

La suposición de que Enfermería fuera una carrera fácil y corta ha sido durante mucho tiempo la razón para poder elegirla como profesión, porque además trataba temas de su *gusto*, como el humanismo, la ayuda a los demás y también expresado de una manera estandarizada por ser una *actividad vocacional*, un concepto muy arraigado en la concepción enfermera (Martínez Nieto, 2004).

Pero en los últimos años las posibilidades de encontrar empleo se ha complicado, la carrera de Enfermería ha mejorado enormemente en intensidad y cientificidad gracias en parte a su conversión en Grado.

Muchas teorías de Enfermería que tenían por bandera la religión, denominaron vocación a lo que Ojeda y Robaina (1990, citados por Martínez Nieto, 2004), llamaron "…inclinación a cualquier profesión o carrera para lo cual se muestra disposición". Realmente el concepto de vocación es tratado con muy diferentes subjetividades en los diferentes trabajos relacionados. Los alumnos que afirmaban que la vocación era el factor determinante para estudiar Enfermería, Ortiz y Sánchez (2001), se relaciona en ocasiones con la curiosidad por el mundo sanitario y la ayuda que se presta a los demás y curiosamente coincide con lo que la

misma sociedad entiende como cualidad indispensable para ser enfermero o enfermera, la “vocación”.

La vocación como concepto identitario en Enfermería nos parece algo desfasado al compararla con la profesionalización alcanzada a día de hoy que establece, al menos, diferentes enfoques. Games (2006 citado por Vidal, 2006) dice que la vocación aparece como la primera condición a la hora de escoger la carrera de Enfermería por los alumnos y en otros casos prefieren referirse al gusto de serlo, estudiar Enfermería porque llama la atención, por prestar servicio de los demás o por ayudar. Rizzo Parse (1992 en López Ruiz, 2016) considera necesario "separar la Enfermería *como disciplina científica,* base de una profesión autónoma, de la *Enfermería como vocación* porque en la actualidad, trabaja con razonamientos deductivos e inductivos, método y evidencias científicas”.

En la misma línea se basa Busquets (2017) en sus conceptos relacionados con la vocación, pues mantiene que “…surge al sentir empatía y emoción por quien no puede, o no sabe, cuidar de sí mismo, se funde en un gran respeto por las personas y sus maneras de vivir y afrontar la vida y la enfermedad. Es algo emocional y racional a la vez, se aprende pero no se nace con ella”, la diferencia de nacer con ella o aprenderla radica en la posibilidad que tenemos hoy de la argumentación científica, antes inexistente y por ello no atiende a la llamada previa vocacional, si no “…en investigar, probar, arriesgar, llevar a cabo el cuidado de la mejor forma posible.”

Por su parte Zabala y Ruano (1989) en su trabajo Enfermería en las Palmas: ¿Vocación u otros intereses? obtienen parecidas respuestas señalando una definición de vocación como “inclinación a cualquier estado, profesión o carrera, para lo cual uno muestra disposición”. Se dice que es una llamada desde nuestro interior, de nuestros valores y su no consecución puede crear una profunda frustración.

Para Mosteiro (1997) parece que la vocación está detrás de la elección de Enfermería como primera opción en las encuestas de alumnos que se

realizan en muy diferentes Áreas de Salud y parece que el factor género, en cuanto a la orientación igualitaria de la palabra vocación, tiene un enorme peso. Campaña Castillo (2016) dice que "la vocación sugiere *desear* una profesión que en realidad es algo más que eso, es creer en un imaginario". Al finalizar la carrera se puede descubrir, quizás, que puede no ser la profesión vocacional que hacía sentir esa *supuesta* llamada y el nivel conseguido en la carrera así como las experiencias prácticas haga cambiar la palabra valoración por profesionalización (por supuesto que no son excluyentes) aunque según Mosteiro, también incide en la elección de la carrera la cuestión familiar.

Basándonos es esta apreciación, Cea y Marcial (1995) nos hablan del concepto Complace como "…la actitud que adoptan ciertos individuos, a través de determinadas actividades y comportamientos, para elegir determinadas situaciones en la vida, como en este caso es la elección de la profesión, la carrera de Enfermería, en una clara alusión a la faceta servil, subordinada o sumisa positivas que capacita para ejercer, relacionando así el concepto Complace con el de cuidar" y no solo eso, en un estudio de los mismos autores, observaron que la elección de los estudios de Enfermería por los futuros alumnos se sostenía por el propio sentimiento de vocación, entendida esta con diferentes términos o significados, como las influencias religiosas, sus propias actitudes e incluso, por la simple percepción del gusto, circunstancias estas denominadas impulsores que se encaminan finalmente al término vocación.

3.6 Bioética

Cuidar es la actividad de ayuda que se ofrece al otro ante su necesidad, lejos de cualquier interés, salvo el beneficio para aquel; es una actividad que aun siendo espontánea o regulada puede ser ejercida por cualquier persona. Solorzano, 2002 y Morse, 1990 en Paván, Ferrerira Furegato y Ferreira Santos (2007) clasifican el cuidado desde cinco dimensiones

ontológicas: Característica Humana, Imperativo Moral, Efecto, Relación Interpersonal y Acción Terapéutica de Enfermería.

Humanización es la acción de humanizar en los momentos más comprometidos con el paciente; humanizar los cuidados significa hacer algo más humano, familiar y amable, porque el individuo se sostiene por su dignidad y por su vulnerabilidad. Ello da lugar a tener siempre los conceptos éticos presentes que se asocian a las ciencias de la vida para tratar la Bioética (Casado, 2006) tratando de explicar lo que no pueden hacer la Deontología Médica ni la de Enfermería.

Wilches (2011) fue el primer definidor del término bioética que el alemán Frizt Harl (1895 -1953) se atribuía y es que en 1927 presentó un artículo en Kosmos, revista de gran impacto en la época, titulado Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas donde presentó el Imperativo Bioético como reflexión moral de las humanidades.

Cortina (2004) nos acerca los nuevos escenarios que propone la bioética los cuales dividía en tres principios:

1. Principio de Autonomía, para proteger a las personas de autonomía reducida.

2. Principio de Beneficencia, el respeto al paciente le asegura su bienestar para evitarle daños minimizando los posibles riesgos.

3. Principio de Justicia, de acuerdo a quien es el receptor de la justicia y quién el que la sufre por su incumplimiento.

Sobre una idea de Lisón (2013) creemos que las ciencias cognitivas y la biotecnología constituyen la punta del iceberg del proceder bioético que nos hace creer que el camino emprendido puede ser incontrolable, parece

que se ha llegado a algo determinado, pero la realidad es que cada innovación sugiere un nuevo principio de algo que no acertamos a valorar en sus consecuencias si no son adecuadamente canalizadas, las deficiencias que puedan presentar de fondo y su compatibilidad con un entorno global considerado aceptable en su parcela ético-moral pueden ocasionar paradoja, pues la ciencia, se entiende, no es pura y la técnica siempre es híbrida.

En otra línea de pensamiento, Howard Brody (1981) que representó al Utilitarismo, creado por Bentham como teoría ética, mantenía que lo mejor que se debe hacer en casos de pérdida de autonomía en el paciente es maximizar la utilidad, entendida esta como el placer de cualquier acción a la que se resta el sufrimiento de cualquier persona involucrada en la acción del cuidado y eso para lograr el máximo bienestar para las personas, amparado por los dilemas éticos y morales, por sus valores, para tratar de modo especial los conflictos bioéticos.

La enfermera americana Anne J. Davis (2006) afirma que la mejor información al paciente y el consentimiento informado facilitan enormemente la toma de decisiones, especialmente ante personas incapaces de decidir por sí mismas, entonces a partir de esos argumentos se decide “hacer lo mejor”.

El alumno o alumna, al menos al comienzo de sus prácticas, estima que lo peor que puede sucederle en su periodo curricular es estar presente ante la muerte de algún paciente suyo, pero antes o después sabe que eso va a ocurrir. Esa tensión va a ser proporcional al modo de producirse, a la empatía que se tenga con el paciente, la edad, la inmediatez o quizás, una larga agonía que deberá manejar de acuerdo a los conceptos estudiados.

Existen muchos estudios que tratan desde diferentes perspectivas las cuestiones que tienen que ver con la bioética y la implicación de Enfermería, interesantes aportaciones de entre las que sacamos dos

ejemplos, el desarrollado por García, Conty, López, Barriga y Martín (2014) *Nurses Student´s: Reflections on the Death Process* (Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte) *de* Hanzelicová, A. que desarrolló en varias provincias del centro de España, y que desde un punto de vista fenomenológico relaciona el temor a la muerte en los alumnos de tercer curso con la calidad de los cuidados que dispensan a sus pacientes en el proceso de muerte. Otro ejemplo nos lo brinda Colell (2005) reflejando las opiniones de los enfermeros en cuanto a su preparación emocional en la atención de enfermos terminales en su trabajo *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña.* En estos casos señalados como en otros semejantes los alumnos deben tener claros una serie de conceptos necesarios como son los que exponemos en la Tabla 29.

Con los cuidados paliativos se trata de controlar lo que ocurre en cada momento del paciente hasta el último, sin suspender las medidas necesarias ni desproporcionar los cuidados hasta la obsesión, tal como manifiesta Batiz, (2014) “no se debe dar lugar al encarnizamiento terapéutico, alargamiento del sufrimiento ni abandono o suspensión de toda ayuda porque se necesita esa comunicación afectiva que ofrece el consuelo de la mirada y la paz y seguridad del contacto directo, aptitudes que se pueden y deben entrenar”.

ENFERMO TERMINAL	Persona con lesión o enfermedad grave según los actuales conocimientos médicos, con afección incurable que le ha llevado irreversiblemente a un proceso que le conducirá en breve plazo a la muerte.
GRAVES SUFRIMIENTOS	Dolores y cualquier situación de carencia de bienestar físico o psíquico que le resulta insoportable para el afectado
PROLONGACIÓN ARTIFICIAL	(Del proceso irreversible de muerte). Aplicación de todo tipo de tratamientos médicos o quirúrgicor la vida.
MUERTE DIGNA	Muerte con todos los alivios, cuidados y consuelos adecuados y humanos.
ORTOTANASIA	Muerte en buenas condiciones, sin molestias.
EUTANASIA	Acción u omisión con intención provocar la muerte del paciente por compasión
EUTANASIA ACTIVA	Eutanasia por acción positiva provoca la muerte del paciente.
EUTANASIA PASIVA	Eutanasia por acción pasiva que provoca la muerte del paciente.
EUTANASIA VOLUNTARIA	Se lleva a cabo con consentimiento del paciente.
EUTANASIA INVOLUNTARIA	Practicada sin el consentimiento del paciente
ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO	Aplicación de tratamientos inútiles o desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos.
DISTANASIA	Muerte en malas condiciones como dolor, molestias, sufrimiento. Muerte con un mal tratamiento del dolor o la asociada al encarnizamiento terapéutico.
SEDACIÓN TERMINAL	Inducir el sueño del paciente para que no sienta dolor intratable a base de sedación suave con analgésicos donde el paciente mantiene la conciencia.
ENFERMO DESAHUCIADO	Paciente con enfermedad mortal sin tratamiento curativo, aunque no sea a corto plazo.
ENFERMO TERMINAL	Persona con lesión o enfermedad grave según los actuales conocimientos médicos, con afección incurable que le ha llevado irreversiblemente a un proceso que le conducirá en breve a la muerte.

COMA	Ausencia completa de conciencia, motilidad y sensibilidad.
APNEA	Ausencia de respiración espontánea.
COCOTANASIA	Quitar la vida a una persona enferma, discapacitada o minusválida contra su voluntad.

Tabla 29. *Algunos conceptos relacionados con cuidados paliativos*

En la aplicación de tratamientos que puedan llegar a un límite penoso de supervivencia para el paciente, como son los casos de esfuerzo terapéutico , que en muchos casos es absolutamente innecesario, la dignidad de la persona desaparece por completo ante la inacción de algunos profesionales (López Criado 2016); con la aplicación de ciertos recursos técnicos o mecánicos y procedimientos donde el término humanismo debería prevalecer con especial significado, entendido como "actitud centrada en el interés de lo humano y del bienestar de lo que el hombre es, desde las miradas biológica, psicológica, social, cultural y espiritual", según Arroyo (2000). Pero Arroyo L. M. (2006) dice además, que el humanismo es una concepción del hombre por un lado y resulta por otro lado es una acción a favor o en defensa del hombre por parte de Dios. Toda dejadez en este sentido es vulgarizar la profesión, "es el humanismo fundamentado en su condición bioespiritual que el mismo ser humano equilibra como clave para su evolución, donde el amor y el altruismo le dirigen al espíritu" *(*Cortina, 2004).

3.7 Otros Cuidados

La palabra holismo es palabra de Enfermería, donde caben presencias, actitudes, intenciones y empatía, donde la dedicación es patente, la obligación propia y el compromiso perenne desde la relación intelectual hasta la práctica, desde los sentimientos y lo emocional hasta la espiritualidad de los valores dentro del cuerpo energético (vibraciones que sostienen su propia esencia como son los sonidos, los silencios, los

colores…) como unidad fundamental de la materia viva que todas las personas poseen de manera infinita donde el propio ser humano y su entorno es el propio campo de energía irreductible y específico en cada persona como sistemas abiertos y cambiantes, es el ser como un todo, el de la unidireccional, la sensibilidad y el pensamiento (Rogers, 1994). Las Terapias Naturales son afines y convergen en los cuidados de Enfermería porque se pueden administrar desde el diagnóstico enfermero en el plan de cuidados estandarizado. (Tabla 30).

LAS TERAPIAS NATURALES COMO INSTRUMENTO DE CUIDADOS	
1408 Masaje simple	5310 Dar esperanza
1320 Acupresión	5420 Apoyo espiritual
5465 Contacto terapéutico	5360 Terapia de entretenimiento
1380 Aplicación calor-frío	4390 Terapia con el ambiente
4680 Biblioterapia	0180 Manejo de la energía
1610 Baño	5424 Facilitar la práctica religiosa
4860 Terapia de reminiscencia	4330 Terapia artística
4920 Escucha activa	5270 Apoyo emocional
1330 Aromaterapia	5400 Potenciación de la autoestima
5880 Técnica de relajación	4430 Terapia con juegos
4400 Musicoterapia	5320 Humor
	5920 Hipnosis

Tabla 30. *Clasificación e intervenciones de Enfermería y Terapias Naturales*

El físico austriaco Fritjof Capra (1939) representa la moderna racionalidad con el razonamiento cartesiano, lo filosófico, lo místico y el pensamiento religioso con los conceptos del Siglo XXI. Aunó la filosofía oriental

espiritual (visión holística) con la ciencia occidental (tradicional modernismo de Descartes) y creó un nuevo paradigma a pesar de que Nightingale, mucho antes, ya trabajaba con su teoría naturista donde la música, los colores y sus efectos sobre el organismo humano eran palpables y creó un nuevo concepto de cuidar, donde el paciente se ayuda a si mismo participando en su curación de manera activa con la denominada energía de los cuidados.

No es extraño pues que la OMS en su estrategia sobre Medicina Tradicional entre los años 2002 y 2005, la definía como: "Término amplio utilizado para referirse a los sistemas de Medicina Tradicional la china, el ayurveda hindú, la medicina unani árabe y otras formas de medicina indígena". Para la Asociación Naturista de España, el organismo tiene sistemas autógenos que se disparan de forma propia para mantener el equilibrio y de ello dan fe la inmunología, la microbiología y la teoría general de sistemas, para Neuman (2011) era el Modelo de Sistemas, donde reflejaba el interés holístico de Enfermería por las personas sanas y enfermas y su efecto beneficio para la salud.

El "estar sano" o "estar enfermo", se refleja por los sentidos y cuando surge un problema se atiende al aspecto biofísico como esencial, pero se necesita el componente "humano", precisamente el fallo del modelo biomédico occidental que no sitúa al organismo en un plano receptivo.

Muchas de las Terapias Naturales provienen de la tradición china, donde el cuerpo humano es tratado en conjunto como alma, cuerpo y mente en un contexto de energía vital para lo que no hay límites de edad, raza, sexo, cultura o cualquiera otra barrera que pueda cambiar sus filosofías, Wagner (2006), pero en ningún caso se reniega de la medicina actual con la que puede actuar de manera complementaria. .

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Las prácticas de los alumnos y alumnas de Enfermería en su incorporación a la realidad clínica, donde los pacientes y familiares, profesionales y el entorno forman parte ya de la realidad, nos permite trabajar con los alumnos, escuchándoles, oyéndoles para saber que dicen, como se expresan, porqué nos plantean un escenario fenomenológico de primer orden donde es posible indagar, a través de la observación directa entre otras técnicas de recopilación, en los datos que tienen que ver con una enorme cantidad de aspectos relacionales que nos sitúan, de manera directa, en contacto con las vivencias de esos alumnos en su ambiente cotidiano.

Y es eso precisamente lo que hemos tratado de hacer siguiendo las ideas del profesor Larrosa (1996) en base a las vivencias presenciadas y a las lecturas seleccionadas, para dotar a este trabajo de fundamentos creibles: dejarnos llevar por los textos de forma genuina, extraer de esas lecturas nuestro propio pensamiento, formándolo y transformándolo para ajustarlo todo en una experiencia fenomenológico-hermenéutica basada precisamente en la relación con los alumnos y centrándose en la experiencia, en las personas y en los contextos bajo la filosofía del alemán Edmund Husserl (1996) precisamente creador de la fenomenología al que siguieron Heidegger (2014), que más tarde discrepó de algunas de sus teorías o también Sartre (1943).

Desde esta perspectiva, como factores asociados al aprendizaje clínico y la satisfacción de los estudiantes de Enfermería (Factors associated to clinical learning in nursing students in primary health care: an analytical cross-sectional study) de Serrano Gallardo y Martinez Marcos y otros (2016) donde se trataba de identificar como vivían los estudiantes de 2º y 3º curso el aprendizaje clínico en Atención Primaria, en un estudio de marcadores univariados, bivariados y multivariados, se dieron importantes cifras de satisfacción en cuanto a la relación con los tutores, la independencia para poder realizar las prácticas adecuadamente y la buena disposición del equipo y en parecidos términos sucede con el trabajo sobre el “Explorar las opiniones de los estudiantes sobre el entorno de aprendizaje durante la estancia clínica en entornos fuera de los hospitales tradicionales” (Nursing students’ perceptions of their clinical learning environment

in placements outside traditional hospital settings) de Bjiord, Bertsen y otros en 2014, con alumnos de ultimo curso de Enfermería en Noruega. Para éste trabajo se utilizó el test de Ambiente de Aprendizaje Clínico, destaca lo diferente que puede ser trabajar en un hospital estandar de buen nivel con respecto a centros de menos nivel o no tan convencionales como Salud Mental, Cuidados en el Hogar o Residencias de Ancianos, donde escaseaban los recursos humanos y materiales.

El hecho fenomenológico necesita tener credibilidad, la más convincente posible para explicar su veracidad (Sandoval, 2002) que apoyen nuestra hipótesis y nos aclare hacia donde hemos de encaminar esta investigación que ha de situarse en un rumbo donde palabras como holismo, cuidados, alumnos, aprendizaje van a ser la mejor seña de identidad. Debemos trabajar desde la ontología, lo que es y lo que no es, primando la calidad sobre la cantidad de los trabajos.

De acuerdo a que cada alumno es una vida y cada vivencia una historia que nos aporta potencialmente autenticidad, Heidegeer (2014) dice que "ser auténtica es una manera de ser que permite a una persona encontrarse a sí misma, mostrando el fenómeno más original de la verdad, donde la presencia es esencialmente un mundo compartido y desde cualquier lugar del mundo se revelan los fenómenos.

Al preguntarnos si *e*xisten factores de la organización hospitalaria y académica que puedan afectar al desarrollo adecuado de las prácticas curriculares de los alumnos de Enfermería*,* lo primero que intentamos fue acotar las búsquedas para relacionar los trabajos encontrados con la realidad de nuestro trabajo, relacionados con las opiniones sobre las prácticas de enfermería de alumnas y alumnos, sobre los tutores, las situaciones de estrés o las organizaciones y de ahí, los temas que se suceden a partir de los grupos de discusión y los cuestionarios generados, como es nuestro caso, donde predominan los estudios cualitativos.

De acuerdo al resultado de nuestra búsqueda, desde el *aspecto subjuntivo*, hemos señalado de manera especial los trabajos que en el *certum* de su contenido nos aportan las sugerencias necesarias para nuestro fín, según dijo

Carmelo Lisón en palabras pronunciadas en el transcurso de la conferencia sobre Antropología Social que pronunció en Puebla de Alfidén, su tierra natal, en 2014.

Referenciando al Plan de Acogida a los alumnos, hemos encontrado el trabajo realizado por Lizcaino, Caravaca y otros (2004), en el hospital de Cieza, proponiendo un Plan que aglutine a los alumnos de Enfermería por un lado y por otro, a los profesionales contratados de nueva incorporación, cada uno, lógicamente con sus especificaciones. El objetivo era facilitar la integración de alumnos y enfermeros contratados, mejorar la calidad de los cuidados con el nuevo personal contratado y mejorar durante su periodo de prácticas la formación en el caso de los alumnos.

Según plantea González González (2008) en *Percepciones de los estudiantes universitarios, frente al liderazgo del docente*, se quería valorar a los tutores en el sentido de cómo les trataban y como eran, si comunicativos y fiables, si les motivan en sus tareas con ideas nuevas o si eran escuchados. También se trabajó la motivación y el optimismo que mostraban en general.

Asimismo, Parrilla Saldaña y Guerra Martín (2006) en su investigación titulada *Percepción de los alumnos de Enfermería sobre la Función Tutorial en las Prácticas* utilizan un cuestionario de 48 items estructurados en 6 dimensiones para obtener información acerca de los 258 alumnos, de 1º, 2º y 3º cursos, que respondieron de un total de 380, todos ellos eran alumnos de los hospitales de Valme y El Tomillar de Sevilla, en su periodo activo de prácticas; en este caso, se buscaba la hipotética diferencia entre el desarrollo de la práctica clínica con respecto a los desequilibrios entre la teoría académica y las prácticas hospitalarias así como preguntarse cómo era el diálogo entre profesores y tutores en cuanto a los objetivos de las prácticas y sus límites.

La labor de los tutores, presentada en un trabajo por Santos y Shiratori, (2008), que además de ser una labor institucionalizada, debería ser fomentada entre todos los profesionales y puesto que fue una actividad voluntaria en su momento durante la diplomatura y actualmente lo sigue siendo con el grado de Enfermería, tratan de conocer si debería estar más valorada la figura de tutor

como parte esencial del aprendizaje y en qué condiciones algo semejante en el estudio de Cuñado, Sánchez, Muñoz, Rodríguez y Gómez (2011) en *Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias* del hospital Ramón y Cajal en el que se preguntaba a los alumnos de diplomatura a través de un cuestionario sobre la capacidad de los docentes, el apoyo de los profesionales durante esa etapa y en general, la satisfacción de las prácticas.

Pero además sucede, como en el caso de Valente y Viana (2006), que los profesores de la Escuela de Estudios Medios Sanitarios de Anne Mery, en Río de Janeiro, Brasil, demandan decididamente para sí, más formación continua para estar a la altura científica precisa y trabajar con el pensamiento crítico y reflexivo del alumno, además, proponen para los docentes más continuidad en esta formación y más contacto con los libros y revistas científicas. La utilización de las nuevas tecnologías y la prestación de facilidades para la asistencia a Jornadas, Seminarios, Mesas Redondas, etc. son otras demandas para poder elaborar comunicaciones y trabajos de investigación dignos.

Las situaciones difíciles durante las prácticas clínicas que pueden provocar estrés, los estresores, inciden en los estudiantes de enfermería y es otro de los problemas que pueden acontecer en el transcurso curricular de los alumnos. En un trabajo de Rodríguez, Puialto, Moure y Quinteiro en mayo de 2007, estudio observacional, transversal comparativo, durante los tres cursos de diplomatura de Enfermería, donde los factores desencadenantes del estrés son muy notorios, especialmente si se comparan con otros estudios, demuestran que esas situaciones que se viven con más intensidad se relacionan con el carácter del alumno, es decir, con su inseguridad. Se detecta la necesidad de intervenir a nivel de terapias de relajación y afrontamiento de las que, opinamos, las terapias naturales y las terapias cognitvo-conductuales se presentan como una buena elección. Del mismo modo, se hace un alegato a la educación en inteligencia emocional a los alumnos de Enfermería que en más de una ocasión necesitan poder controlar sus emociones y en ocasiones, las de los demás y el mejor modo de hacerlo es a través de la evaluación de la Inteligencia Emocional, por un lado con la utilización de Medidas de Habilidad o Ejecución y por otra la utilización de Cuestionarios o Autoinformes para conocer el perfil del alumno, eso al menos es

lo que demuestran Sanjuan y Ferrer (2008) para relacionar el perfil emocional de los alumnos y con su rendimiento. Para ello realizaron un estudio descriptivo exploratorio trasversal en cien alumnos de Enfermería en el hospital de Elda.

En esta línea seguimos con otro estudio, en este caso el de Díaz, Juarros, García y Sáez, con *Estudio de ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte,* en el que refiere que las enfermeras sufren ansiedad y ciertas situaciones emocionales que de no ser tratadas adecuadamente puede generar estrés, especialmente por las largas jornadas que permanece en contacto con los pacientes, las profesionales que más, a pesar de que mantienen una gran familiaridad con ellos; precisamente por ello se realizó este trabajo para investigar el grado de ansiedad que sufren las enfermeras, en este caso las de UCI.

Las prácticas curriculares, como capacitación profesional de los estudiantes de Enfermería y paralela a la formación académica universitaria en la complementación del aprendizaje curricular, forma futuros profesionales y desde luego, se consideran fundamentales, especialmente desde que comenzó el Proceso de Convergencia Europea de Educación Superior que reorganizó su curriculum. De hecho, en el trabajo de Pérez, Alameda, Cuesta y Albéniz (2002) con su investigación *La Formación práctica en Enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales,* estudian las emociones de alumnos y tutores por si existe falta de integración de la teoría en la práctica que pueda crear discrepancia de los docentes clínicos con los académicos, si se mentalizan a los alumnos en la realidad clínica para evitar el posible "shock de la realidad encontrada", o de si existen circunstancias que produzcan inseguridad al alumno que puedan interferir en el adecuado desarrollo de las prácticas.

Otro tema de enorme interés lo suscita la posibilidad que tienen los alumnos de poder elegir sus estudios de Enfermería de acuerdo a sus criterios personales, que pasan por la cuestión de género, las mujeres ocupan la mayoría de plazas por la simple condición de que optan en las mismas condiciones más que los hombres. Así, en el libro Blanco de Enfermería editado por el Consejo General

de Enfermería (1988) aparece un trabajo de investigación relacionando los estudios de enfermería y por qué la elección de acceso.

La Bioética también se ha abordado desde la perspectiva de los alumnos y así se manifiestan Daniel, Pessalacia y Andrade en el artículo *Debate interdisciplinario en el proceso de enseñanza-aprendizaje sobre la bioética: experiencias académicas en salud* que está vinculado a la investigación *Debate en bioética multidisciplinaria: percepción de profesionales y estudiantes sobre las aportaciones al proceso de enseñanza-aprendizaje* en el que los autores tratan de conocer, a través de un estudio descriptivo, si las experiencias acumuladas por los 12 alumnos de Enfermería y 3 de Medicina en Brasil que participaron en el estudio, les capacitan para intervenir en discusiones interdisciplinarias en temas relacionados con la Bioética y para conocer los recursos existentes en el proceso enseñanza-aprendizaje.

MARCO EMPÍRICO

BLOQUE 3

PLANTEAMIENTOS, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- Planteamiento de la investigación.
- Hipótesis.
- Objetivos.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de Investigación

"Un problema es aquello que incita a ser conocido y estudiado desde la investigación para resolver su aspecto teórico o práctico, desde el rumbo que toman los objetivos, planteados a base de una hipótesis o suposición respecto a elementos conceptuales o empíricos previos y valorar los trabajos existentes (o carentes) sobre el tema investigado" (Bernal, 2006).

La exploración que se hace para llegar a la pregunta ideal que nos guíe en el trabajo se trata desde lo general a lo particular, es el paso que desencadena el paradigma de nuestra investigación y debe tener las características, esenciales que para Hernández Pina (1995) en Hernández, Maquillón y Sáez de Tejada (2008) como se refleja en la Tabla 3:

CARACTERISTICAS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN			
1 FACTIBLE	**2** CLARO	**3** SIGNIFICATIVO	**4** DESCRIPTIVO ASOCIATIVO EXPLICATIVO INTERVENCIONISTA

Tabla 31. *Las Características de la Pregunta de Investigación según Hdez. Pina (1995)*

Es necesario saber si existe coherencia en las opiniones informales que manifiestan los alumnos con respecto a las prácticas y su entorno con respecto a los demás profesionales. Algunos de los problemas que pueden intuirse o ajustes que debieran realizarse estarían muy próximos a los que siguen:

1. Realizar los ajustes necesarios en la adecuación al contexto EEES.

2. Adecuar el Plan de Acogida a cada curso académico.

3. Crear espacios para los alumnos en sus descansos.

4. Adquirir el material necesario, como taquillas para la custodia de los objetos y enseres personales de todos los alumnos

5. Facilitar en lo posible la adecuación de los alumnos que compatibilizan trabajos y estudios o que son madres y padres en conciliación familiar.

6. Estudiar la mejor rotación para los alumnos en las diferentes unidades o servicios con especial atención a las unidades obligatorias y optativas.

7. Actualizar el número de tutores de manera proporcional acuerdo al número de alumnos.

8. Optimizar la capacidad formativa de los tutores en metodología adecuada a su nueva función de acuerdo a la Convergencia Europea.

9. Solicitar al resto de colectivos su apoyo en las tareas relacionadas con la formación de alumnos.

10. Facilitar al máximo el acceso a los alumnos del cuestionario de Satisfacción de las Prácticas para su estudio y valoración.

En este orden de situaciones aparece la pregunta clave que va a dar paso a la investigación que aquí comenzamos ya comentada anteriormente: ¿existen factores de la organización hospitalaria y académica que puedan afectar al desarrollo adecuado de las prácticas curriculares de los alumnos de Enfermería?

Al igual que en el caso de Hernández Pina, creemos que es una pregunta que cumple los requisitos FINER de investigación, Salamanca (2013):

FACTIBLE

Tuvimos la posibilidad de realizar las pertinentes recogidas de datos sobre alumnos y profesionales en el cuaderno de campo a través de la observación directa, de grupos de discusión, entrevistas personales y los cuestionarios pertinentes en el propio centro de trabajo. Los recursos humanos han sido los exclusivos del autor por falta de ayudantes voluntarios y los gastos materiales han sido moderados debido a los continuos desplazamientos desde Lorca a Murcia para BDB (revisiones de búsquedas bibliográficas) en las diferentes bibliotecas de la universidad y públicas, gastos en fotocopias y material ofimático, compra de libros y material informático. El tiempo fue lo más costoso, lo único que no se puede comprar, se alargó demasiado en el tiempo (hasta los seis años) y causado por problemas recurrentes de salud y por la casi incompatibilidad con el desempeño profesional como enfermero.

INTERESANTE

A la espera de los resultados, consideramos interesante la pregunta puesto que creemos que se podrán modificar actitudes, opiniones y se aumentará el conocimiento acerca del proceso de prácticas de Enfermería ya que es el primero que se hace desde 1990, fecha de inauguración del hospital Rafael Méndez.

NOVEDOSO

Es novedosa por su fenomenología local, porque aunque existen trabajos relacionados sobre prácticas de alumnos en hospitales, los cuestionarios y el enfoque particularista lo hacen propio en un nuevo

concepto de prácticas desde la implantación del Grado y una oportunidad de empezar una monitorización de esas prácticas en lo sucesivo, partiendo de los datos y conclusiones de este trabajo.

ÉTICO

A nivel ético no transgrede ninguna norma; lo nombres de los alumnos y colaboradores se eliminan en el estudio para no revelar los datos y solo se han formalizado los datos de alumnos voluntarios. Los grupos de discusión y entrevistas se han realizado bajo consentimiento informado.

RELEVANTE

Este estudio también tiene que ver con la experiencia acumulada durante los diez años que trabajamos en la Unidad de Formación y Docencia como responsable principal de los más de 750 alumnos que han pasado por esa unidad y que han servido para intentar mejorar sus condiciones de estancia. Es relevante porque es el primero que se hace en el Área III del Servicio Murciano de Salud con estas características, transcendiendo además a la comunidad por el efecto dinamizante en la economía local.

2. HIPÓTESIS

Las opiniones subjetivas que nos proporcionan las actuaciones de los alumnos durante el periodo de prácticas reflejadas en nuestro cuaderno de campo nos hacen observar –como hemos señalado anteriormente- cada año cierta estandarización en ciertos modos de actuar, compromiso, miedo, empatía, seguridad, tristeza, ilusión, etc. que lógicamente, aunque no se da por igual en todos los alumnos, necesitamos interpretar para poder corregir, en su caso, las circunstancias que podrían ser causa de esos desajustes.

La actitud de los alumnos debe rendir a su integración con los profesionales, la comprensión de los nuevos roles adquiridos que a pesar de las pérdidas personales que también ganancias, suponga algún crecimiento en su personalidad. Un nuevo escenario con diferentes niveles de situaciones que, en ocasiones, pueden producir algunas incidencias con los profesionales (o con sus propios compañeros) y afectar a la consecución de los objetivos esperados en un escenario real, nada virtual y muy diferente al acostumbrado de las prácticas y seminarios académicos "in door" a pesar de la excelente preparación académica que poseen. Por todo ello, decidimos trabajar el aspecto epistemológico de las prácticas, según manifiesta Cerdá (1988)…"estudiando críticamente los principios, hipótesis y resultados en base a determinar su origen, estructura, valor y alcance objetivo".

Una vez detectados los problemas latentes y previsibles ante las prácticas de alumnos de Enfermería y descrita la pregunta necesaria para el desarrollo de esta investigación seremos capaces de formular la siguiente hipótesis: El desarrollo de las prácticas curriculares de los alumnos de Grado de Enfermería está influenciado por diversos factores personales (estrés, capacidades) relacionales (equipo, tutores) y organizacionales (procedimientos, normas, trabajos académicos paralelos) que pueden influir en su normal rendimiento.

Esta hipótesis, nos permitirá indagar a través de otros trabajos similares que estudiaremos, coherentes con el marco teórico que trabajamos y que nos dará la posibilidad de comparar los resultados obtenidos a través de la metodología empleada para poder demostrar nuestros planteamientos.

3. OBJETIVOS

Queremos contestar a la pregunta: ¿Qué pretendemos hacer para llevar a cabo esa investigación?

Para eso hemos de fijar unas guías de trabajo que expliquen los procedimientos a seguir para alcanzar la meta propuesta, Rojas (2001 p 9, citado por Hernández, 2007).

3.1 Objetivo General

Identificar posibles causas que puedan influir en el normal desarrollo de las prácticas curriculares a los alumnos de Enfermería del hospital Rafael Méndez de Lorca.

3.2 Objetivos específicos

1. Conocer la importancia que dan los alumnos y alumnas del Campus de Ciencias Socio Sanitarias de Lorca y al Plan de Acogida.

2. Analizar las actitudes de los tutores de Enfernería respecto a las puntuaciones que les otorgan las alumnas y alumnos en el cuestionario de prácticas clínicas.

3. Relacionar las opiniones que tienen los alumnos respecto a pacientes y familiares según el cuestionario de final de curso.

4. Intuir las percepciones ambientales y de habitabilidad para los alumnos en el hospital Rafael Méndez durante su periodo de prácticas.

5. Cuestionar si existen indicios de conflictos entre profesionales sanitarios y alumnos de Enfermería durante el periodo de prácticas.

4. METODOLOGÍA

"El sentido de la teoría para la ciencia existe cuando se conecta con el mundo empírico de manera provechosa", Blumer (1982) sociólogo perteneciente a la Escuela de Chicago. Las circunstancias que motivaron la Implementación del Grado de Enfermería en Lorca, desde el punto de vista fenomenológico, fue la causa principal de la elaboración de esta investigación entendiendo que el proceso de socialización de los alumnos merecía un estudio basándonos en las creencias, la moral, el derecho, las costumbres y otros hábitos y capacidades adquiridos.

La fenomenología de Husserl (1996) se ordenaba de acuerdo a las situaciones normales de la vida cotidiana de modo que a nuestro entender, los alumnos en prácticas, una vez integrados en el contexto hospitalario, pueden opinar acerca de sus vivencias con naturalidad y como Husserl, que muestra gran consideración por la evidencia e intuición, la desarrollan desde la propia percepción.

4.1 Consideraciones éticas

La investigación cualitativa está expuesta a múltiples razonamientos que exigen un tratamiento específico que prime la subjetividad, donde quedan situadas las personas y las cosas que toman protagonismo desde el mismo inicio del proyecto, que como todos, han de seguir unas pautas regidas por la lógica ética para preservar toda intimidad emparentada con todo lo que tenga que ver con el trabajo que se llevará a cabo donde han de estar presentes el principio de beneficencia y seguridad de su no explotación sin el debido consentimiento respetando la condición humana, autonomía y autodeterminación. La confidencialidad la basamos en el no reconocimiento de los alumnos que participa en el trabajo.

El Consentimiento informado se presenta así, como la puerta de entrada a la intimidad de la persona cabal que permite por diferentes medios compartir esa experiencia. En nuestro trabajo de Investigación hemos realizado los siguientes pasos:

- Solicitar los permisos necesarios a la Dirección del centro de trabajo donde se va a realizar el estudio.

- Solicitar a la Comisión de Ética la pertinente autorización y normas que hemos de seguir para no vulnerar ningún derecho.

- Se ha redactado un consentimiento informado *ad hoc,* para la firma de las personas que lo vayan a necesitar, en nuestro caso, los alumnos que han participado en los grupos de discusión.

- Este paso también se dará para la utilización de móviles y grabadoras o cualquier otro aparato tecnológico que pudiera ser empleado.

Nuestro caso apenas va a necesitar mucho más, pues al ser un estudio cualitativo requerirá bastante menos material.

4.2 Planificación y Cronograma

La planificación de este trabajo fue paralela a la incorporación de los primeros alumnos de Grado del Hospital Universitario Rafael Méndez (2010/2011) con lo que tuvimos la oportunidad de observar cada día las evoluciones de los alumnos gracias al puesto que desempeñábamos como Responsable de Formación y Docencia con los alumnos cuya misión era recibirlos, asesorarles, ubicarles y en general, facilitarles su estancia en el hospital.

La apuesta fue hacer “una película” de los alumnos en su día a día “donde se produce el acto de enseñar por tutores formados en un

espacio clínico propicio para el aprendizaje clínico metas planteadas y reglas aceptadas". (Moreno, Nelly y García, 2013).

La Planificación tuvo una duración de 4 años, como podemos ver en la Tabla 32.

CURSO	ACCIONES
2009/10	Final del Master de Antropología Social. Matriculado en Doctorado. (Sept.) Trabajo de revisión previo en la planificación general y Planteamiento de elaborar un cuestionario como herramienta de recogida de datos. Petición de los Permisos necesarios para realizar el trabajo. Explicaciones por unidades de Enfermería del proyecto. (Oct.)
2010/11	Cambio de matrícula al Doctorado de Enfermería (Sep.) Trabajo con los grupos de discusión (Ene- Feb) (elaboración y transcripción). Problemas de salud nos obligan a una pausa en el trabajo (Feb-Mayo) Redacción definitiva del cuestionario.(Julio)
2011/12	Comienza la entrega de cuestionarios previsto para los alumnos y su recogida. Hemos de rehacerlo por deficiencias en su construcción que se subsanan y vuelven a la circulación. Programamos sesiones informativas más regulares a tutores y alumnos. Comienzan las revisiones bibliográficas. (Ene- Mayo) Enviamos cuestionarios a los diferentes hospitales de la Región para el estudio empírico.
2012/13	Sigue sin novedad la entrega y al mismo tiempo, recogida de cuestionarios de nuestro hospital y en el resto de la región. Se comienza con los trabajos de búsquedas bibliográficas y formación propia en competencias directas: Búsquedas bibliográficas, Investigación en Enfermería, Como presentar comunicaciones y pósteres, Aplicaciones de Nuevas Tecnologías, Estadística nivel medio y nociones de SPSS.

2013/14	Las circunstancias nos obligan a cambiar drásticamente el rumbo del trabajo que parece necesitar de nuevas iniciativas. Por diferentes motivos se enlentece demasiado el trabajo. Nuevo problema de salud que nos hace de nuevo dejar el trabajo (Feb- Nov)
2014/15	Se comienza a redactar el nuevo formato del trabajo, a indexar y clasificar los cuestionarios recibidos y se intensifican las búsquedas bibliográficas. Intenso trabajo en revisiones bibliográficas. Nuestras tutoras nos recomiendan centrarnos en los alumnos de Lorca por lo que abandonamos el trabajo que se hacía con los hospitales externos y de nuevo "reiniciamos" el trabajo.
2015/16	Comenzamos a tratar los datos estadísticos, se avanza con el marco teórico. El cambio de empleo y de lugar de trabajo nos dificulta seguir el normal desarrollo del proyecto. Seguimos trabajando el marco teórico.
2016/17	Se retoma el trabajo con gran intensidad en todos los frentes. Culminando el marco teórico (Abril) tenemos problemas con los datos estadísticos que nos retrasan bastante el progreso alcanzado. A principios de Junio creemos tener el trabajo listo para presentarlo para poder realizar las rectificaciones pertinentes.

***Tabla 32**. Cronografía del Trabajo de Investigación.*

4.3 Diseño

La primera parte de este estudio se ha basado en la revisión de los trabajos realizados referidos a las prácticas de los alumnos de Enfermería, tanto en territorio nacional como en el extranjero. En nuestra propuesta, el diseño que presentamos parte de una realidad

cualitativa que asocia el componente cuantitativo complementario, puesto que participan de la misma propuesta científica, por un lado, el descubrimiento cualitativo exponente humanístico de sensaciones y sentimientos en los alumnos y por otro, la verificación empírica cuantitativa que adopta para sí el pensamiento inductivo abierto a pesar de que autoras como Leininger (1992) citada por Zabalegui (2002) no cree en ese trasvase cuantitativo al cualitativo, por otro lado, muy frecuente entre los investigadores.

Ambas, cualitativa y cuantitativa son necesarias en nuestro trabajo, en diferentes parcelas, en el común de los intereses que se necesitan para obtener unos resultados discutibles y convincentes. Nos valemos de opiniones, situaciones, relaciones y expectativas de los alumnos que participan, realizamos una aproximación sistemática y subjetiva para describir situaciones relacionadas con el entorno propio, Enfermería, para explicarlas y sacar conclusiones de su potencial global (Leininger) porque que no existen realidades únicas y si percepciones diferentes para cada persona, grupo o espacio de tiempo.

Creemos que en investigación científica se debe recurrir a las dos opciones siempre que sea posible, en el enfoque cualitativo prevalece la cantidad/cualidad, se profundiza pero no se generaliza en los resultados obtenidos, según Mendoza Palacios (2006) en cambio, en la cuantitativa, prevalece el análisis especialmente en las Ciencias Sociales, que trabajan con poblaciones muy supeditadas al Empirismo que producen inferencias y sobre todo, estadísticas.

Para sintetizar las diferencias, recurriremos a la Tabla 33:

DIFERENCIAS	
CUALITATIVA	**CUANTITATIVA**
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva

Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Tabla 33*. Diferencias entre Cualitativa y Cuantitativa según Cook, T.D. y Retechardt, Ch. (2004).*

Es necesario conocer cómo se manejan las situaciones que se generan durante las prácticas de Enfermería, teniendo en cuenta la especificidad de los individuos participantes (sobre todo los sanitarios y de los propios colectivos que van desde la Enfermería, pasando por las Auxiliares de Enfermería hasta los Médicos) que nos proporcionan los datos disponibles para analizarlos (Kerlinger, 2002) y plantear una segunda intervención si fuera necesario.

4.4 Tipo de estudio

El estudio es:

- Descriptivo. La intención de este trabajo pretende explicar o describir un hecho concreto, no se ha buscado una causa-efecto y precisamente por eso se genera una hipótesis además de posibles efectos correlacionales.

- Prospectivo. La recogida de datos se ha realizado en este sentido y su tratamiento en el tiempo.

- Transversal. Se pretende dar a los sucesos ocurridos la temporalidad, es decir, hemos trabajado con las variables necesarias en un tiempo tal que nos ha permitido no priorizar el antes o después de un hecho,

si el hecho en sí. Se han recogido en un momento determinado del curso, generalmente al final de sus prácticas en un servicio.

§ Procesamiento estadístico con programa IBM Satis SPSS versión 20 y los programas R y Excel. Se ha calculado media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Observaremos los fenómenos tal como se producen, de manera sistemática y empírica, como son las actividades de cada individuo y de los grupos sin modificar las variables establecidas, que no se pueden modificar. En este sentido hay que decir que el estudio se realizó en la temporalidad 2010/11 a 2013/14, cuatro cursos académicos.

4.5 Población

En todos los elementos que forman un grupo y que tienen una serie de características que los hace diferentes o coincidentes en varios aspectos en común y que identifica como únicos según Salamanca (2013):

§ Población Diana.

Es la población que responde a la pregunta QUIÉN del objetivo del trabajo y en nuestro caso se corresponde con los alumnos de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Universidad de Murcia, de los alumnos de su extensión en los Campus de Lorca y Cartagena y la Universidad Católica San Antonio, tanto de Diplomatura como de Grado, teniendo en cuenta que solo el primer año del estudio (2011-2012) hubo Diplomados ya que ese año comenzó la implementación del Grado.

§ Población de estudio.

Estaba formada por los alumnos que a continuación se mencionan con inclusiones y exclusiones:

Los alumnos Incluidos son los acreditados en el Campus de Lorca en su curso natural académico, desde Septiembre a Junio, de los cursos 2º, 3º y 4º de Grado de Enfermería que hayan superado los créditos académicos exigibles. Son los alumnos con presencia prioritaria.

También están Incluidos los alumnos de la Facultad de Enfermería de Murcia y de la UCAM, siempre que hubieran plazas disponibles en las mismas condiciones y aportarían sus respectivos Profesores Asociados. (BORM nº159 de 12 julio 2014. Pag. 27725).

Los alumnos Excluidos en este trabajo son los repetidores de la asignatura de Prácticas Clínicas en verano, Junio y Julio, puesto que coincidiría con la escasez de personal por vacaciones en las unidades para hacerse cargo de ellos, además de la responsabilidad de la entrega y recogida de los cuestionarios y su custodia.

Tampoco están incluidos los alumnos con prácticas extracurriculares por la misma razón. Estas prácticas las solicitan los alumnos a través del COIE (Centro para la Orientación e Información del Empleo) de la Universidad de Murcia, para aumentar, entre 90 y 150 horas, sus competencias prácticas, plazas que normalmente, copan los alumnos de tercero y cuarto por cuanto son escasas.

§ Muestra.

Es una parte importante y adecuada de la población de estudio donde cualquiera tiene una probabilidad de participar (probabilística) o no (muestreo no probabilístico) cuando se utilizan métodos donde intervienen otros factores. En nuestro caso, para la selección de los elementos muestrales recurrimos a este último formato pues lo que intentamos es, de manera dirigida, seleccionar los individuos-tipo, que puedan tener la máxima representatividad en el Práctica, es decir, los alumnos de Enfermería que realizan sus prácticas en el hospital Rafael Méndez y en las condiciones previstas, de todos los cursos y universidades y de forma voluntaria.

4.6. Fuente de datos utilizada

4.6.1. Grupos de Discusión

Los grupos son sistemas cerrados como un conjunto de elementos interdependientes (Neuman) que se diferencia de los grupos abiertos en que mantiene un constante intercambio con su entorno y su evolución puede no ser igual a la situación de inicio (Báez y Pérez).

Por eso se utilizan los grupos de discusión en investigación, porque es una forma de recoger datos, una práctica y no una técnica, que trata de organizar un grupo de entre 5 y 10 personas según Báez y Pérez (2007), puesto que su incremento va restando posibilidades de intervenir a los presentes, se realiza en un local neutral, para tratar sobre un tema determinado, teniendo todos los participantes nociones básicas sobre el mismo pero desde perspectivas diferentes; todas las personas deben poder verse al mismo tiempo y debe existir un moderador del agrado de todos los presentes que regule los tiempos de intervención e incentivar la participación dinámica a través de un guion preestablecido, que puede ser modificado.

El grupo de discusión, pues, pertenece a las técnicas de discusión y se encuadran en las técnicas de conversación como una modalidad del formato entrevista lo que hace que posiblemente sea una de las técnicas más utilizadas y como muestra estructural propia tiene por objetivo, según Ibáñez (1979) de acuerdo con Amezcua (2003), dar sentido a todo lo que se dice, experiencias que de alguna manera son similares entre los individuos del grupo que actúan como iguales pero que también cambian durante la conversación que es abierta y actúan como grupo no natural, por cuanto que actúan dirigidos

por unas reglas determinadas y aceptadas.

Toda la actividad de grupo de discusión debería ser grabada para poder trabajar sobre ella y estudiada posteriormente; en nuestro caso, nos basaremos en las indicaciones de Ibáñez (1991) citado por Colina (1994) en Mena y Méndez (2007) para organizar un grupo de discusión en las mejores condiciones de rentabilidad, para su organización es necesario:

1. Elegir el local para la sesión.

   Nuestras reuniones se realizaron en dos escenarios diferentes de acuerdo ala disponibilidad del momento. El trabajo con el primer y segundo grupo se realizaron en el Aula I del hospital Rafael Méndez, la sesión con el primer grupo hubo algo de movimiento en el exterior del aula que en ocasiones molestaba pero no se pudo impedir el trasiego de personas. La tercera sesión se desarrolló en el Salón de Actos del Hospital que por ser de grandes dimensiones se acopló en un extremo del mismo un coqueto rincón, lejos de cualquier molestia o ruidos, en una zona que no había teóricamente por qué tener molestias.

2. Contemplar el tiempo máximo de discusión.

   Para Báez y Pérez se trata de que sea *Todo el tiempo necesario, no menos. Solo el tiempo necesario, no más.* Todas las reuniones debería tener una duración de entre 60 y 90 minutos, algo que ya conocían los participantes.

3. Definir al moderador.

   Nosotros, que éramos los responsables de todo lo relacionado con la preparación y puesta a punto de toda la

infraestructura incluida la moderación actuamos de moderador. Por otro lado, al ser responsable final de los alumnos, estos nos conocían bien, aunque creemos que no hubo exceso de confianza ni introversión por lo que consideramos adecuada esta determinación.

4. Exponer el problema a discutir, objeto de estudio y objetivos.

   Así se hacía en cada sesión, al comienzo de la misma se explicaban los temas a debatir, por qué y el para qué se hacía. El problema a discutir trataba sobre las cuestiones que sucedían durante las prácticas curriculares y el objetivo era encontrar puntos de encuentro en diferentes situaciones y también de lo contrario, discrepancias que tuvieran cabida en todas las opiniones.

5. Elegir el número de participantes en el grupo y la disposición.

   El primer grupo de discusión que organizamos para nuestro estudio, grupo 1, lo formaban 9 alumnos pertenecientes a la UMU, de los cuales 4 eran de segundo curso y 5 de tercero, además de una alumna de Cartagena de 2º curso y otra más de UCAM, también de 2º curso, completaban 11 alumnos. El coordinador fue el Supervisor de Formación y Docencia.

   En el segundo grupo se reunieron 5 alumnos de UMU de 2º curso y 7 más de 3º y una alumna de Cartagena también de 3º curso.

6. Establecer los detonadores: Temas generales y subtemas.

Después de explicar las normas de la reunión, el orden de intervención, la autorización para grabar la discusión (la discusión del grupo 1 y la del 3 se grabaron en formato audio y la del grupo 2 en vídeo) y el agradecimiento por su prestación se abre el debate con 4 temas iniciales para abrir la sesión:

- Sentimientos al comienzo de las prácticas.

- Aspectos generales de lo que esperan de esta etapa.

- Los recursos personales de adaptación y sociabilidad con los grupos con los que van a convivir.

- Los factores que pueden influir en el devenir de las prácticas y como afrontarlos.

Cuando se pierde la intensidad del debate, nos dirigimos a los alumnos para ir desgranando otros temas que introducimos cuando aparece la saturación de ideas:

- Por qué estudiar Enfermería.
- El acceso a la carrera.
- Opinión del hospital.
- Motivación.
- Competencias.
- Opinión sobre los profesionales.
- Opinión sobre los tutores.
- La Organización de las prácticas.
- Ambiente de trabajo.
- Vocación.

4.6.2 La creación de un cuestionario fiable

Para la elaboración de los cuestionarios para la recogida de datos se requirió de un proceso previo. En principio, la cuantificación del tamaño de la muestra debe tenerse en cuenta para su mayor fiabilidad y no existe una formula exacta que indique en todos los estudios cual debe ser esa cantidad que según Cormack (1996) y Polit y Hungler (1997) debe ser la mayor posible y en otros casos la muestra sería suficiente cinco veces superior a los ítems empleados. En nuestro caso hemos cumplido con la opción primera, 209 cuestionarios. Pero para ello hemos tenido que valorar diferentes opciones previas que nos ayudaran a valorar diferentes opciones de trabajo:

- Valoración de la Encuesta de Satisfacción de los alumnos de Enfermería (Anexos. Cuestionarios, pág. 272). Se realizó en el hospital Rafael Méndez en el periodo 2004/2010 y queríamos partir de esa experiencia que fue innovadora, valorar los resultados excepcionales que tenían y comprobar si se podía extrapolar en algún punto.

- Valoración del cuestionario STAI-V (I). Ver Anexos. Cuestionarios, págs. 269, 270 y 271. Este *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Spielberger, Gorsuch, & Lushene. (1982) Evalúa, por un lado la ansiedad como estado emocional con sentimientos subjetivos de atención, aprensión e hiperactividad constantes del sistema nervioso autónomo y, por otro lado, evalúa la ansiedad como rasgo de propensión ansiosa y estable con percepción de amenaza. De este cuestionario hemos extraído algunos ítems que consideramos muy apropiados para nuestro trabajo.

- Transcripción de las opiniones de los grupos de discusión. Todas las grabaciones de audio se ha transcrito y se han

organizado con significados relacionados para añadir al nuevo cuestionario los más relevantes.

- Definir las variables.
- Categorizar los conceptos e indexarlos por grupos de significados a afines.
- Intervención de grupo de expertos.

En la Unidad de Formación, Docencia e Investigación se ha estudiado el formato resultante del cuestionario final demostrando una fiabilidad en el alfa Crombach como consistencia interna dando un nota aceptable de entre .6 y .7 que la considera como válida.

- Desarrollo. Una vez concluida la herramienta necesaria para ponerla en marcha hemos de ver las partes en que se compone el cuestionario cuya estructura aparece en Tabla 35 y el formato definitivo en Anexos. Cuestionarios (págs. 269, 270 y 271).

	TIPO DE ITEMS	CARACTERÍSTICAS
1	BLOQUE 1. *11*	Datos sociodemográficos
2	BLOQUE 2. *25*	Ítems de Estancia Clínica
3	BLOQUE 3. *25*	Ítems de Estancia Clínica
4	BLOQUE 4. *25*	Ítems de Estancia Clínica
5	Escala de intervalo: respuestas que muestran un orden de las mismas y diferencia entre los valores constantes de la escala que van del valor mínimo (0) al máximo (3) y dos valores intermedios, 1 y 2.	
6	SUGERENCIAS	TEXTO LIBRE

Tabla 34*. Estructura del Cuestionario de opinión de los alumnos en prácticas.*

§ La distribución de los cuestionarios para su cumplimentación ha seguido los siguientes pasos:

- Se entrega a los Supervisores de cada unidad los cuestionarios cuestionarios necesarios de acuerdo al número de alumnos que van a recibir, añadiendo un número indeterminado más de ejemplares por si fuera necesario utilizarlos. Los Supervisores ya están aleccionados acerca de cómo explicar a los alumnos la manera de cumplimentarlos y entregarlos. Esto se lleva a cabo una semana antes del comienzo de las prácticas.

- El último día de prácticas, los alumnos devuelven al Supervisor al tutor correspondiente los cuestionarios cumplimentados que hacen llegar a la Secretaría de la Unidad de Formación para su custodia. Sobre todo se trata de tener el menos contacto posible con el coordinador de prácticas para evitar el exceso de confianza o motivar disconfor.

4.6.3 Variables

Las variables son los aspectos relacionados con las personas, espacios o tiempos que se pueden describir y medir. Pueden ser cualitativas, las que no se pueden medir con números por tener cualidades o atributos, o cuantitativas, que se pueden medir con valores numéricos (García, 2006)**.** Las variables se categorizaron de acuerdo a caracteres en cinco grupos:

4.6.3.1 Variables Sociodemográficos

CÓDIGOS			DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
TT	BLO	ITE	ITEMS
	1	1	Sexo
	1	2	Edad
	1	3	Lugar nacimiento
	1	4	Domicilio habitual
	1	5	Facultad de procedencia
	1	6	Curso
	1	7	Plan de estudios
	1	8	Motivo para estudiar Enfermería
	1	9	Algún familiar con estudios sanitarios
	1	10	Vía de acceso a Enfermería
	1	11	Hospital donde se realizan las prácticas

***Tabla 35**. Categorización de variables. (0): Sociodemográficas*

En este caso hemos trabajado con los ITE (Items):1-2- 6- 8 y 9 del Bloque 1.

14.6.3.2 Variables Organización

Hemos trabajado con los ITE (Items) que tienen que ver con aspectos relacionados con la organización del Hospital:

Bloque 2: Items. 1-6-9-11-18
Bloque 3: Items. 21
Bloque 4: Items 21

CÓDIGOS			**ORGANIZACIÓN**
TT	BLO	ITE	ITEMS
1	2	1	El Plan de Acogida a los alumnos en prácticas del primer día fue apropiado.
6	2	6	Todos los Enfermeros/as realizan las tareas con las mismas técnicas.
9	2	9	Me gustó la organización existente en el Hospital respecto a las prácticas.
11	2	11	Existía buen ambiente de trabajo entre los diferentes profesionales de la unidad.
18	2	18	En este Hospital se trabaja en equipo : Médicos, Enfermeros/as y Auxiliares.
44	3	21	El trato humano en este hospital es prioritario hacia los pacientes y familiares.
72	4	21	Este Hospital es un lugar agradable para trabajar (Calmado, limpio, tranquilo, bien iluminado…)

***Tabla 36**. Categorización de variables. (I): Organización.*

4.6.3.3 Variables Alumnos

Estas variables se relacionan con aspectos relacionados directamente de los alumnos:

Bloque 3. Items: 4-7-11-12-23-25

Bloque 4. Items: 20-25

CÓDIGOS			**ALUMNOS**
TT	BLO	ITE	ITEMS
29	3	4	He tenido problemas de integración en alguna unidad.
32	3	7	Durante la realización de las prácticas me he sentido calmado/a.
36	3	11	Durante la realización de las prácticas me he sentido angustiado/a.
37	3	12	He temido equivocarme en alguna tarea o técnica y dañar al paciente.
48	3	23	Creo que he empatizado bien con los pacientes y familiares.
50	3	25	Algún paciente o familiar no quiso que le atendiera por ser estudiante en prácticas.
70	4	20	Al término de las prácticas me reafirmo en mi interés por ser enfermero/a.
75	4	25	Me gustaría trabajar en el futuro en este Hospital.

***Taba 37**. Categorización de variables. (II). Alumnos*.

4.6.3.4 Variables Formación y Tutorías

Se han trabajado los siguientes ítems:

Bloque 2: Items: 5-7-8

Bloque 4: Items: 1-5-8-15

CÓDIGOS			**FORMACIÓN Y TUTORÍAS**
TT	BLO	ITE	ITEMS
5	2	5	Algunos Enfermeros/as se ofrecían a enseñarme aunque no fueran Tutores.
7	2	7	Aprendí ciertas tareas de las Auxiliares de Enfermería.
8	2	8	Aprendí también con algunos Médicos.
51	4	1	Observé gran independencia en el trabajo de los Enfermeros/as.
55	4	5	Había grandes diferencias en la capacidad docente de los diferentes Tutores/as.
58	4	8	Me sentí valorado/a y animado/a por los tutores por sus comentarios sobre mí.
65	4	15	Creo que en alguna ocasión nos han utilizado para hacer las tareas de los profesionales.

Tabla 38. *Categorización de variables. (III): Formación y Tutorías.*

4.6.3.5 Variables Relaciones Profesionales

CÓDIGOS			**RELACIONES PROFESIONALES**
TT	BLO	ITE	ITEMS
11	2	11	Existía buen ambiente de trabajo entre los diferentes profesionales de la unidad.
25	2	25	Creo que enfermería tiene un buen futuro como profesión
1	3	1	El trato dispensado por los Enfermeros de la unidad hacia mí fue bueno.
27	3	2	El trato dispensado por los Médicos de la unidad hacia mí fue bueno.
28	3	3	El trato dispensado por las Auxiliares de Enfermera hacia mí fue bueno.
38	3	13	He tenido problemas con algún Supervisor/a.
40	3	15	He tenido problemas con algún Tutor/a.

***Tabla 39**. Categorización de variables. (IV). Relaciones profesionales.*

Las variables nos permiten responder a aquello que queremos estudiar y el elegir las variables más adecuadas son la clave del éxito. (García). Las variables son de gran valor cuando se relacionan con otras, constructo hipotético según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2007).

5. RESULTADOS.

5.1 Las opiniones de las alumnas y de los alumnos en los Grupos de discusión.

En este apartado damos voz a las alumnas y alumnos de Enfermería de acuerdo a sus manifestaciones evocadas durante el transcurso de los grupos de discusión de los que hemos extraído algunas de sus intervenciones siguiendo el orden que establecimos al principio de este trabajo en base a la relación de los alumnos con los profesionales más allegados en su periodo clínico: Tutores, Enfermeros y Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Médicos, a los que hemos añadido otras manifestaciones necesarias como la elección de la carrera y el inicio de las prácticas curriculares. En estas manifestaciones intervinieron alumnas y alumnos de 3º de Diplomatura de Enfermería de la Universidad de Murcia y de 2º de Grado de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio.

5.1.1 Elección de la carrera.

- *"…porque siempre he querido ser enfermera y aunque conseguí buena nota no teníamos plaza y entonces pues yo sí tenía un laboratorio e hice técnico de rayos más o menos, que siempre habíamos querido eso y hemos tenido que hacer cosas antes, pero al final…"*

- *"… no, pues yo quise hacer medicina y no entré, e hize Enfermería, la puse en 2ª lugar o un 3º, creo…"*

- *"… a mí me influyó en la carrera de Fisioterapia, cuando terminé, en realidad me gustaba Enfermería al principio también, entonces yo tenía en la mente hacer las dos, terminé fisio y…"*

- *"... o yo en la familia no tengo a nadie, ni enfermera ni auxiliar, tengo a médicos pero vamos, que yo hice auxiliar porque me gustaba, opositè".*

- *"¿Yo? Por vocación".*

- *"… Por nota. Porque no me dio para la pública, entonces me esperé mucho a ver si me cogían en algún sitio y entonces el primer año, no pude ni en la UCAM no quedaban plazas de Enfermería".*

- *"Pues, hombre… yo, de pequeña, siempre lo que piensas: voy a ser esto, voy a ser lo otro… pues nunca había dicho… pero, no sé, empezó mi padre…; una cierta vez me dijo: 'yo es que hubiese hecho esto' y yo dije: 'pues… a mí es una cosa que me llama la atención el ayudar de alguna manera'…".*

5.1.2 El primer día de prácticas.

- *"Yo, el día de antes, no tenía nervios, lo que sí tenía era curiosidad, curiosidad… porque yo hice prácticas en el hospital en rehabilitación de fisio, entonces tenía curiosidad de cómo acoger a los enfermeros y lo que hacían y tal. Ese día, el mismo día, la verdad es que me sentí rara, rara… el primer día que empezaste, no sé, vi a la gente muy seria, seca? Si… yo lo vi así, como antipáticos digamos, digamos la gente no se por ser el primer día, me da la sensación de que no sabía dónde estaba nada, el primer día estaba más nerviosa que el día de antes, al estar aquí, pero ya fue cambiando, desde el segundo día…".*

- *"No, yo no estaba nerviosa. Yo jugaba con ventaja, pero sí que es verdad que yo lo único que decía… que me toque un buen tutor, era lo único que pedía, ¡eh! Porque tú sabes que hay más profesionales, que otro… y la verdad… tuve suerte".*

- *"Yo sí me puse nerviosa; el día del Plan de Acogida estaba bien, la charla pues no me puso nerviosa en nada, yo lo que temía era el llegar…porque hasta que no ves lo que te espera… la gente también… si va a ser más acogedora o no, la tutora…".*

- *"Ya eran nervios del primer día de no saber, eso es, no saber dónde están las cosas, de a qué hora se hacía, qué es normal, porque es que es el primer día…".*

- *"No, bien, la verdad que bien. Me explicaron dónde estaba todo y tal, me explican más o menos lo que hacían antes de empezar, mira a tal hora hacemos esto, esto, tú vente conmigo que ya te voy yo diciendo, bien, yo la verdad es que no… muy bien".*

5.1.3 El hábito de las prácticas.

- *"… Ya, no a nivel de organización, es… ni tampoco estéticamente…; es un conjunto, nada más que es una interconexión que tiene que haber que en algunas plantas no la hay…".*

- *"Sí, Prácticas sí haces. Bueno… 'prácticas'… cogen, sacar sangre… El año pasado nos enseñaron a sacar sangre. Pero en hospitales…, pero no en hospitales. No. Nosotros, entre los compañeros, nos sacábamos la sangre tal y cual, pero yo veo que sí que había profesores que, por ejemplo, que tampoco estaban muy adiestrados en la materia; entonces yo, por unas prácticas básicas, yo si lo vería bien en Primero".*

- *"…Yo ya lo comenté ayer: me parece que hay una descoordinación impresionante, por los Centros".*

- *"… No. No tenemos claro en Primero. En Segundo es otra cosa porque vas a una Planta y vas a aprender las cosas generales de una Planta; y en Quirófano igual es de la*

Escuela. ¡Que no! Bueno… y la Facultad… ¡Que no, que es que no se controla…!".

- *"… Tu, en este periodo de Prácticas tienes que tener estos objetivos, igual que los tutores deberían de saber que nosotros tenemos x objetivos y enseñarnos eso, no exigirnos, por ejemplo, aprender a utilizar un tipo de formularios que no vamos a utilizar más en otros centros…".*

- *"En Tercero, como pasas por tantos sitios, es que llegó un momento en que tenía la agenda llena de cosas: no sabía dónde iba, cuándo iba,… yo llegaba a un sitio por la mañana con una cara de tonta, de que no… ¿Y ahora qué hago?, ¿por quién pregunto?, ¿qué me llevo?, ¿necesito uniforme?, ¿necesito…? Nada, nada, nada… ¡Muy mal, muy mal orientado está, muy mal!".*

- *"Yo he tenido mucha suerte; pero que yo tengo compañeras mías que han estado en Cartagena y no han colocado una vía, y han terminado la Carrera, o sea, que es que…".*

- *"A mí, en Quirófano, me han tratado superbién, ¡pero todo el mundo! Y cuando estuve haciendo las prácticas en Rayos, también".*

- *"Sí. Yo pienso que no se puede aprender todo ni en Práctica. Yo puedo estar, por ejemplo, en una Planta ahora, de Medicina Interna, y no tiene nada que ver con Cirugía, ni el sistema de trabajo, ni nada; o sea que todo va depende de…".*

5.1.4 Tutoras y Tutores.

- *"Solo al final, o cada día, pero cada día, no nos quieren evaluar porque ya no tienen gana…".*

- *"… A nadie –y eso, pues, lo deberían de saber desde 'arriba'. '¿No quieres a unos alumnos en esa Planta?' 'Es que era la supervisora la que no…'. Yo pienso que si tú eres supervisora…".*

- *"… En UCI eran tutores los que querían; yo estaba en la UCI del Reina Sofía y puedo hablar maravillas de esa gente, del supervisor y de todo…"*

- *"… Es que también… no es lo mismo en este hospital (que, a lo mejor, llegan 20 enfermeros en Prácticas al año) que a la Arrixaca (que llegan 200); entonces tú tienes 20 nada más al año… ¡y venga… lo pillas con ganas!".*

- *"Yo, en mi Planta, estoy yo sola; entonces, claro, voy con dos enfermeras, pero es que el resto del Equipo también, que cuenta, entonces cualquier actividad extra la van a hacer".*

- *"… No, básica en el momento de entrar… no, pero yo pienso que cuando se llega a una Planta, el supervisor (o supervisora) –me da igual quien sea- una enfermera a la que le guste eso, que debería de coger a los alumnos y decirles: 'Mira, esta es la dinámica de esta Planta; se trabaja así; lo más importante es esto, lo otro… y sentar unas bases para poder estar con un poquito de soltura".*

- *"… Pero no puedes llegar a una Planta e imaginarte el funcionamiento de esa Planta que quizás vienes de otro sitio en el que es totalmente lo contrario; entonces no te pueden decir: 've a hacer esto, ve a hacer lo otro'…".*

- *"Yo tengo que decir que es el Centro donde más referencia he tenido, y he pasado por muchos, donde he sabido que tenía a alguien…".*

- *"… Eso, por ejemplo, en otros Centros no se mira. Yo estuve el año…, el año pasado, cuatro semanas en el Morales; estuvimos cuatro en Planta y cuatro en Quirófanos, y a mí, nadie, ningún profesor mío, fue a ver*

cómo estaba. Y no hacía falta… ¡Hombre, si te hacía falta algo… pues sí!, pero tienes que llamarlo. ¡Un follón!".

- *"O sea…, pienso que en los hospitales que vamos a hacer Prácticas, yo creo que deberían de saberlo; es otra cosa, es una parte de nuestros objetivos, porque si no… ¿para qué hemos estado medio cuatrimestre, que eran obligatorios, que teníamos que hacerlo, que teníamos que entregarlo? ¿Para que ahora nos digan que yo no creo en el diagnósticos de enfermería?".*

- *"Pues eso es un…; mejor que tener uno solo... Y ahora estoy nada más que con una enfermera todos los días desde que empecé, y yo hubiera preferido estar con más gente… ¡pero!".*

- *"No he tenido ningún problema con ellas".* Siempre he ido cambiando de tutora, pero no quería, porque me acostumbraba, me llevaba bien con ella, me acostumbraba con ella a sus explicaciones, al trabajo que ella me acostumbraba…, y entonces el cambio… Pero no, pero bien…"

5.1.5 Enfermeras y Enfermeros.

- *"A mí me molesta que los profesionales perciban que tú estás no para aprender si no para quitarles trabajo, porque así no se aprende y pasa mucho…sí, mientras que haya alumnos, pues ya está…".*

- *"Es un enfermero genial, ¡que tela marinera, sí!, pero que estudió Enfermería por esto, por aquello y por lo de más allá y le da igual: coge las vías con los ojos cerrados, no ve pacientes, ve una técnica; ya está, ése es, pues una máquina".*

- *"Ya, a mí…* ¡yo que sé! A veces...otra cosa que a mí no me ha gustado, este año no lo he… pero el año pasado me pasó un montón y es estar en la planta y claro…cada día hay un enfermero pero, o sea, cada día me iba con

uno, cada día me enseñaba lo mismo uno, cada día igual, todos los días… de una manera… y a veces eso ya te termina cansando…".

- *"… Además, ellos me llaman. Sí, sí, sí. Incluso, algún día que ella no ha venido y tal, me vengo con…., con los que están aquí".*

- *"… Ya te digo… Bien. Cuando tengo así ratos libres, o que no viene mi tutora, me voy con él, me voy con ellos…".*

5.1.6 Auxiliares de Enfermería.

- *"Yo haré lo que pueda, porque tú vas aprendiendo lo que te dé…; te haces a ti mismo como enfermero. Me gusta que esta persona auxiliar haga esto, y está esto, y está esto… y vea en ciertas cosas en las que no, lo que… que es muy importante…".*

- *"… La Enfermería tiene* tiene su misión, y las auxiliares tienen que ir 'volando' porque si no, no te da tiempo; o sea… ahí es 'cada uno a lo suyo' y fuera; y luego otros servicios, como por ejemplo Urgencias, Hospital de Día o algo así, que no hay un trabajo más relajado, y entonces…".

- *"Que yo digo… con los auxiliares, aquí en esta Planta donde estoy ahora mismo, no he tenido problemas; pero, como dice ella, en otros sitios donde hemos estado haciendo Prácticas, pues muchísimos. Y yo, una vez, le tuve que decir a una: 'oye, perdona… que yo también he sido auxiliar y he trabajado como auxiliar, ¿qué me estas contando?' Pero sí que las hay: con médicos, con auxiliares…, y con… En todos sitios…ves qué diferencias hay claramente con todo el mundo… hasta cuando vas a comprar el pan".*

- *"Las auxiliares, pues…* va enfermera y auxiliar, llevan las mismas habitaciones, yo veo que hay parejas que se ven más, que llevan los pacientes más y otros que no…".

- *"… No, no, no. Bien. Yo, la verdad, que con las que he estado y estoy, por ejemplo ahora en Medicina Interna, muy bien".*

- *"Yo bien. Con las auxiliares muy bien. Siempre si les he dicho 'si necesitáis que os ayude, decírmelo', o yo qué sé… '¿vais a hacer esto?'. 'Me voy con vosotras'. ¡Yo qué sé! Porque pienso que, en lo que trabajan las auxiliares, es un trabajo que es delegado por la enfermera y tenemos que saber hacerlo".*

5.1.7 Médicos.

- *"… Allí, en Cirugía, los médicos están allí en un lado, los enfermeros y auxiliares en otro…"*

- *"… La relación más distante, pero no tan 'extremizada' como tú dices, o sea, son… están alejados, pero…"*

- *"… Te dicen, o sea, en la puerta de Urgencias, o en donde sea… a lo mejor están esperando no sé cuánto tiempo y va… te pegan el grito a ti y viene el médico ¡y se van tan felices con él…!".*

- *"… O veo trabajar en equipo, más en Cirugía que en Medicina Interna, que cada uno va a su rol…"*

- *"… Depende, depende de la Unidad".*

- *"Que también te das cuenta de cosas, claro, que te tienes que callar; pero eso, dicen, automáticamente esto no. Yo creo que la variabilidad está bien".*

- *"Si el enfermero tuviera un papel más de 'a lo mejor', 'de más…', una responsabilidad de poder darle una respuesta*

que quizá no, no se puedan dar porque es el médico…, pero entonces sí, el mismo enfermero podría dar esa respuesta, cosa que el que está en la cama –porque a mí me ha pasado- gente que me ha preguntado cosas y no la he sabido responder, me he enterado y sí se la he podido decir; se la he dicho; o si no me ha dicho la enfermera, u otra compañera dice 'no', esto… tú no le tienes que dar esa respuesta; es el médico; cuando venga su médico, que se lo pregunte. '¿Qué pasa?' 'Que están esperando a que llegue el médico'…".

- *"Pues no, normalmente no, porque hay uno que es de más edad y él: 'cuando puedas… vamos a ver a los pacientes', 'cuando puedas y vamos a hacerles esto', 'no hazle', 'vamos a hacerle'…"*

- *"No, yo creo que si tú le das importancia a eso…, pero es que no es ningún impedimento; él es médico y tú eres enfermero. Y ya está. Él hace su trabajo y tú haces tu trabajo".*

- *"Pues como en todo, hay de todo. Hay que sí, que se implican, y hay quien no; entonces, pues… hay más gente que a lo mejor en ese… en esa Unidad, tienen más feeling…, médicos con enfermeros que van en equipo…, y hay otros que van…".*

- *Sí, pero… De que si nosotros que estamos en… un segundo escalón… no hacemos… no hacemos distinciones con los que tenemos abajo, que es lo que siempre pasa, o sea, el de arriba mira por encima del hombro al de abajo, y el de abajo al otro; entonces…, yo creo que el problema es que Enfermería está en el centro, pero nosotros estamos muchísimo más concienciados en el trabajo en equipo que ellos".*

- *"Pero yo no veo equipo en Medicina Interna. No lo veo ni entre las propias enfermeras, porque yo me acuerdo que en Cirugía, por las tardes, si teníamos tiempo –incluso- para a los de la noche se les preparaba la medicación…"*

5.2 Extractos de sugerencias de los Cuestionarios de los Alumnos.

En Bloque número 4 de los cuestionarios lo forma un espacio a texto libre donde los alumnos expresan ideas o sugerencias que no se han tratado en los demás bloques del cuestionario.

5.2.1 Alumnos 2010 / 11

- *"Doy gracias por el buen trato recibido en las diferentes Unidades, y sería mejor tener más tiempo en cada Unidad".*
- *Agradecer la oportunidad al Hospital Rafael Méndez por permitirme realizar las prácticas correspondientes".*
- *"Agradezco a todos los Enfermeros de la planta de Trauma el interés que han mostrado a la hora de enseñarme todas la técnicas y procedimientos que me servirán en mi profesión como Enfermera ya que han sido muy pacientes y buenos conmigo".*
- *"Agradezco a las Enfermeras y Auxiliares el trato recibido, su ayuda a la hora de enseñarme a realizar las diferentes tareas y técnicas y su paciencia".*
- *"Considero que es el interés del profesor de la universidad…….. ha sido un poco escaso, debería haber tenido un seguimiento más continuado de nuestro periodo como alumnas".*
- *"Solamente agradecer al Supervisor de la planta …….. y a la tutora ……. el trato que tuvieron conmigo".*
- *"No me ha parecido correcto el tipo de evaluación hacia el alumno de prácticas ni el trato, pues a otros del mismo grupo se les ha evaluado mejor y todos hemos*

hecho lo mismo y de igual forma. No tiene por qué influir la subjetividad y así ha sido".

- ü *"He de agradecer el buen trato del personal sanitario sobre todo de Enfermería y Auxiliares hacia mí, la comprensión y las ganas de enseñarme en todo momento, el excelente trato tanto humano como profesional. También agradezco que hayan confiado en mí porque me ha permitido desarrollarme cada vez más a nivel profesional. En esta planta de Especialidades se trabaja mucho pero me han dejado hacer los procedimientos enfermeros a mi sola: poner vías, sacar sangre, curar, poner sondas vesicales, etc. puesto que la mayoría de veces, salvo ocasiones que he necesitado ayuda. Gracias a ello he cogido más confianza en mí misma y cada vez hago los procedimientos con más rapidez y soltura"*

- ü *"Me siento muy agradecida con la unidad de Traumatología".*

- ü *"Estas prácticas de este centro me han aportado muchos conocimientos y habilidades. Me voy muy contenta porque todo el personal sanitario se ha portado muy bien conmigo, aunque tengo que decir que no todos los enfermeros se han portado igual de bien".*

- ü *"Agradecimiento a mi tutora……. de la planta de Medicina Interna por explicar todo y por tener bastante paciencia".*

- ü *"Personalmente quiero dejar constancia por escrito del interés del personal enfermero de la unidad de Especialidades en el turno de mañana por enseñar todos sus conocimientos y su trato ejemplar con el personal docente al igual que el Director / Coordinador de Docencia por el afán de satisfacer nuestras necesidades (quedando plenamente agradecido de haber podido formar parte de este hospital por el buen sabor de boca que me llevo)".*

- *“Gracias por todo”.*

- *“Me gustaría agradecer al personal sanitario de Cirugía General su trato hacia mí personalmente, como alumna, ya que me llevo un gran recuerdo de mi estancia en las plantas (de Cirugía General y Medicina Interna 1) y volvería a trabajar o a hacer prácticas en esas plantas con los ojos cerrados. Durante el mes y medio de prácticas me hicieron sentir como una más del equipo”.*

- *“Tanto en Cirugía como en Medicina interna he estado bien y no he tenido ningún problema, simplemente destacar que en Medicina Interna conocí a mi tutora la tercera semana de comenzar las prácticas, puesto que estaba de vacaciones, aun así no coincidí mucho con ella puesto que doblaba para después cogerse días libres. Yo en ningún momento crítico esto, sino que simplemente, deberían de tener un poco de vista a la hora de asignar a los tutores; destacar que en Cirugía he tenido conmigo a una tutora dedicada desde el principio y yo misma he notado en mí una gran evolución. aun así todo el personal ha sido estupendo conmigo”.*

- *“Por su profesionalidad, su prudencia y sobre todo por su humanidad y empatía hacia los pacientes, ha sido una tutora muy paciente con su alumna a la cual ha enseñado mucho. Deseo que siga siendo tutora de otros alumnos por todo lo anterior y porque a ella realmente le gusta hacer lo que hace: enseñar.Mil gracias.*

- *“Quiero expresar mi gratitud al personal sanitario, desde Limpiadoras, Auxiliares, Médicos…especialmente a los Enfermeros de la unidad que han hecho que mi estancia allí sea muy buena, implicándose totalmente en mi desarrollo como Enfermera y sobre todo, como persona. Gracias.*

- *“Estoy especialmente agradecida a mi tutora …….. ….Enfermera de UCI por su dedicación docente hacia mí, su profesionalidad y simpatía”.*

5.2.2 Alumnos 2011 / 12

- *"Agradezco encarecidamente la labor realizada por mi tutora de Traumatología pues ella se ha volcado en que conozca además de las técnicas pertinentes el funcionamiento propio de dicha planta. Sería aconsejable una mayor divulgación de los cometidos a realizar por parte de los tutores para que de esa manera solo se impliquen en esta labor de formación el personal que este motivado y dispuesto a hacer este esfuerzo extra".*
- *"Dar las gracias por la oportunidad que se me ha dado de hacer las prácticas en un servicio tan especial como lo es Pediatría. Y por otra parte la única pega, creo, que es la necesidad de una reforma y un cambio de las instalaciones".*

- *"No podía esperar un tutor mejor y un grupo de trabajadores competentes y humanos (Medicina Interna 2).*

- *"Dar las gracias a mi tutora (Medicina Interna 1) así como al resto de compañeros que me han aportado, no solo conocimientos, si no también apoyo, paciencia y comprensión durante este periodo de prácticas".*

- *"Agradecimiento a mi tutora (Cirugía Especialidades) que me proporcionó un gran aprendizaje-enseñanza".*

- *"Creo que el alumno debería de coincidir en el horario con su tutor".*

- *"Agradecer a mi tutor su paciencia y voluntad para enseñarme muchas más cosas de las que correspondía este año, su profesionalidad y su labor como tutor y como persona. Es un gran enfermero (de MI-1) y un excelente educador y he tenido la suerte de aprender muchas cosas de él".*

- *"Me siento muy realizado al terminar mis prácticas en la unidad de Cirugía General, aunque me habría gustado*

que fueran más horas, agradecer al personal de Cirugía por el trato recibido y el esfuerzo por transmitirme conocimientos.me han hecho sentir uno más en el equipo asistencial. Agradecimiento especial a ..... y a .....

- ü *"En primer lugar quiero agradecer a mi tutora…….por todo el apoyo, comprensión y confianza que ha tenido sobre mí y en segundo lugar a ……, …… y a …. ……. (de Cirugía Especialidades) porque se han portado muy bien conmigo. de todos ellos he aprendido mucho y gracias a ello hoy en día me siento muy realizada y he cumplido con más objetivos de los que pensaba. Gracias a todos por hacerme estos días más llevaderos y que parecieran menos duros".*

- ü *"Felicito a mi tutora (MI-2) por todo lo que me ha aportado".*

- ü *"Agradecimiento a los tutores en general y a …….. (MI-2) en particular por su paciencia, esfuerzo y dedicación".*

- ü *"Agradecer a los Enfermeros y Auxiliares de la planta de Especialidades por lo bien que nos han acogido en especial a ….. ……Y ……. por la paciencia que han tenido conmigo y todo lo que me han enseñado".*

- ü *"Cambio de unidad en las siguientes prácticas, para realizar el trabajo en diferentes servicios. Aquellos tutores que no tengan interés por la enseñanza que no sean candidatos. Agradezco a aquellos Enfermeros que no habían sido mis tutores y han mostrado interés por la enseñanza".*

- ü *"Agradezco a todos los Enfermeros que no siendo mis tutores me enseñaron y se hicieron responsables de mí. Sugerencia: creo que los tutores deben ser aquellos que les guste la docencia y tenga movilidad en sus*

tareas, considero que da la posibilidad a su alumno de poder conocer todas las tareas de enfermería".

- ü *"Agradezco la paciencia que han tenido conmigo en estos días los tutores. mi crítica es hacia la Administración por haber despedido a mi tutor como a tantos otros justo cuando empezaba a acostumbrarme a él".*

- ü *"Agradezco las horas pasadas con mi tutora porque me ha enseñado a empezar a ser una gran profesional, por su paciencia y su saber estar. No podía pedir otra tutora mejor que ella. Sé que no se debería nombrar, pero ella se lo merece. Muchas gracias.....(Medicina Interna 1).*

- ü *"Estoy muy agradecida a mi tutora por todo el tiempo que me ha dedicado, explicándome sus conocimientos de una forma clara y con mucha paciencia".*

- ü *"Con respecto a si el hospital es agradable para trabajar, en cuanto a la iluminación en las habitaciones falta mucha luz en las mismas".*

- ü *"Para el año siguiente enviadme (si puede ser) de nuevo a MI-1, la plaza del señor estudiante y sus queridas y ortodoxas enfermeras y auxiliares.*

- ü *"Agradecer a todos los Enfermeros y Auxiliares de la planta (Especialidades) por su gran acogida y por ayudarnos a todos por igual, tanto Tutores como los que trabajan. Sugerir que el Tutor debería de estar con su alumno la mayoría de las veces".*

- ü *"Quería agradecerle a mi tutora……. y la enfermera de mí planta …….. (MI-2) porque han puesto todo su interés y confianza en enseñarme todo lo posible en este mes de prácticas, poniendo todo su esfuerzo. Gracias a las dos. El año que viene más".*

- *“Doy las gracias por el buen trato recibido en las diferentes unidades (Medicina interna y Quirófano) y sería mejor tener más tiempo de prácticas en cada unidad”.*
- *“Gracias a todo el personal sanitario con el que tuve la oportunidad de compartir estas prácticas porque he aprendido muchas cosas que en el futuro me serán muy útiles en mi carrera profesional”.*

- *“Agradecimientos a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios por el trato y acogida que he tenido haciéndome sentir como un compañero más (Quirófanos y MI-1).*

- *"Todo mi más sincero agradecimiento al personal que ha hecho posible que mi aprendizaje haya sido óptimo”.*

- *“En estas prácticas he aprendido muchísimo gracias a los profesionales que trabajan en este hospital (Planta y Quirófano).Ha sido una experiencia muy grata y volvería sin duda a repetirla, es por eso que agradezco muchísimo el trato con el que nos han tratado”.*

- *“Existe una buena organización en cuanto a la docencia y una buena integración de los estudiantes en el hospital”.*

- *“Doy las gracias a todos mis compañeros del hospital y sobre todo a mi Tutora (Traumatología) que me ha ayudado mucho en mi aprendizaje”.*

- *“Dar gracias y mi agradecimiento a mis Tutores que me han tratado de maravilla, independientemente en la dependencia de la organización de ambas unidades. He quedado muy satisfecha con este hospital”.*

- *“Solamente agradecer al Supervisor de Traumatología ……..... y a la Tutora…… el trato que tuvieron conmigo. Un saludo”.*

- *“Me gustaría agradecer al personal sanitario de Cirugía General su trato hacia mí personalmente como alumna ya que me llevo un gran recuerdo de mi estancia en esa planta y volvería a hacer las prácticas con los ojos cerrados. Durante el mes y medio de prácticas me hicieron sentir como una más del equipo”.*

- *“Agradezco a ……(Coordinador de Practicas) la atención durante los 3 años de prácticas y especialmente el haberme autorizado poder realizar mi último Prácticum aquí.*

5.2.3 Alumnos 2012 / 13

- *“Pienso que al menos el primer año, aunque en general todos deberíamos tener un tutor. Sugiero que dado el corto periodo de prácticas se debería ampliar el campo de actividades permitidas durante las mismas y el tiempo.*

- *“Mi única queja es que me hubiera gustado tener un tutor fijo en la planta para aprender las técnicas de trabajo y las forma de trabajo de una misma forma. Me gustaría agradecer a todos los enfermeros de la planta de traumatología porque han sido muy amables conmigo y nunca han tenido ningún problema en endeñarme todas las técnicas de la mejor forma.*

- *“Al no tener tutor no hemos llevado un control de nuestros avances. Nos falta información de las prácticas ¿quién nos va a evaluar?. Agradezco a aquellos profesionales de aprendizaje.*

- *“Más tiempo y un tutor asignado”.*

- *“Mi agradecimiento a todo el personal de la planta de especialidades (enfermeras, auxiliares, médicos) por su buen trato y por todo lo que me han enseñado”.*

- *"Alargar las prácticas ya que los conocimientos que se obtienen aquí son prácticos y se aprende la teoría y la práctica a la vez. Todas las enfermeras y auxiliares de enfermería nos han tratado muy bién y se han preocupado por enseñarnos sin ningún tipo de beneficio".*

- *"En mi opinión debería de haber un consenso entre los profesores de enfermería en cuanto a las técnicas enseñadas a los alumnos para que no aprendamos lo mismo todos los días y no haya un retroceso en el aprendizaje".*

- *"Las prácticas en el hospital han sido muy buenas, pero deberíamos quedarnos unpoco más de tiempo ya que cuando más a gusto estamos y más centrados se acaban, por lo demás todo muy bien".*

- *"Agradecer al personal de especialidades sanitarios y no sanitarios el trato que han tenido conmigo, felicitarles por su gran trabajo y animarles a que sigan como hasta ahora.me he sentido muyintegrada en la planta y he aprendido mucho der estos grandes profesionales".*

- *"Quiero agradecer el interés de varios de mis tutores enfermeros que verdaderamente querían enseñarnos y lo hacían alegremente y motivándonos. Sin embargo, con un par de ellos me he sentido bastante incómoda e insegura ya que además de enseñarnos sin ganas, de malas maneras o trabajando como si no estuviéramos allí, comentaban abiertamente que no querían alumnos. Como sugerencia pienso que lo mejor sería que nos asignaran tutores y nos enseñaran enfermeros que de verdad tienen ganas de hacerlo".*

- *"Solo decir que he estado en una planta (maternidad) en la que el equipo de profesionales se ha portado superbién con nosotros, siempre eran muy simpáticos, tenían ganas de enseñarnos. Lo único que puedo resaltar es la actitud de las enfermeras fijas de las mañanas ya que se les nota que no les gustan los*

alumnos y no quieren enseñar. Muchas veces me he sentido desplazado en el turno con ellas.con los demás enfermeros decir que son geniales y unos muy buenos profesionales que nos han tratado de diez".

- *"Tengo que agradecer a todos los enfermeros y auxiliares su esfuerzo y su alegría por querer enseñarnos, he de decir que de mi primer contacto con el hospital salgo encantada y con ganas de volver, pienso que está bien este sistema de no tener tutor fijo, así aprenderíamos técnicas diferentes pero el conveniente es que al cambiar tanto nos repiten la misma explicación muchas veces. Sintiéndolo mucho tengo queja de los enfermeros en concreto con dos enfermeras que no he estado muy cómoda. No he visto interés por parte de ellas en enseñarnos y si lo hacían era quejándose y el trato no era el correcto hacia nosotros. Son los de las mañanas que si no quieren tener alumnos para enseñarnos, porque les molestamos, como bien dijeron delante nuestro, que no los tengan. Pero me llevo un recuerdo muy bonito de maternidad.".*

- *"Creo que deberían ser más prácticas puesto que en un mes se aprende muchas cosas y una vez que nos integramos en la unidad el tiempo de prácticas se ha acabado. Creo que es más conveniente que se nos asigne un solo tutor desde el primer día hasta el último pues él es el que conoce nuestro progreso, nuestros avances, sabe lo que estamos aprendiendo y el trabajo cuando se reparte entre dos es más satisfactorio y eficaz. Con respecto a los turnos, que se haga uno o dos turnos de noche para conocer nuestra unidad en su totalidad".*

- *"Creo que deberíamos ir con un tutor fijo y siempre y cuando esté dispuesto a tener un alumno en prácticas o un periodo sin tutor (porque es cierto que se aprenden cosas de cada uno y otro tiempo con tutor el mes de prácticas creo que no es suficiente."*

- *“Tutores fijos voluntarios”.*

- *“Considero necesario el cambio de este tipo de unidades a alumnos de segundo de enfermería ya que considero que se aprenden cosas demasiado avanzadas para ser el primer año a pesar de ello agradezco el gran trato e interés del personal de urgencias y pediatría por dejarnos aprender muchas técnicas desconocidas”.*

- *"No queda claro quiénes son las personas encargadas de nuestra supervisión y seguimiento de los avances. Apenas he coincidid con mi supervisor, tutor o coordinador".*

- *“Quiero agradecer a todos los enfermeros especialmente a …… y a las auxiliare del hospital de día todo el tiempo que nos han dedicado y todo lo que nos han enseñado”.*

- *“Creo que debería organizarse mejor el hospital con la universidad, si pudiese elegir el año que viene un área para hacer las prácticas volvería a elegir el hospital de día ya que este año he estado muy a gusto y me gustaría volver a vivir la experiencia con este grupo de enfermeras y auxiliares”.*

- *“En la unidad que me ha tocado estar me he sentido muy cómoda los enfermeros que hay son muy buenos profesionales y estaban siempre dispuesto a enseñarnos la única pega es porl as dos fijas de mañanas que se les notaba que no querían que estuviéramos, me hicieron sentir un estorbo”.*

- *“Agradecimientos a todos los enfermeros que han mostrado interés en compartir su conocimiento, sugerencias que haya tutores individuales para cada alumno”.*

- *“Hubiera preferido que al ser el primer año hubiéramos tenido asignado un tutor y estar todas las prácticas con èl, ya que al estar con distintos profesionales de*

enfermería me ha costado más acomodarme a la planta y al hospital".

- ü *"Deberían de poner más tiempo de prácticas, además de tener un horario de Estudiantes, ya que los alumnos de prácticas de otras facultades tenían un horario de docentes. por lo demás he estado muy a gusto y he aprendido muchísimo".*

- ü *"Me gustaría participar más en actividades en las que enfermería esté presente, como la comisión de cuidados porque nos implicaría aún más y nos ayudaría a tener una formación más amplia. Me gustaría que enfermería consensuara técnicas y procedimientos que se realizan con muchas diferencias entre los distintos profesionales. Existen protocolos y guías por un motivo".*

- ü *"Para mí sería mejor tener un tutor fijo en las plantas de hospitalización. Agradecer la Buena acogida del quirófano (oft) así como la mayoría de profesionales de traumatología".*

- ü *"Creo que debería dejar un periodo de nuestras prácticas para la recuperación de días si alguno se falta".*

- ü *"Falta de coordinación entre profesores asociados y coordinador de la universidad. El periodo de prácticas de quirófano escaso, falta de trabajo interdisciplinar en la unidad."*

- ü *"No me ha parecido bien que algunos alumnos hayamos repetido las prácticas en la misma unidad que el año pasado y la mayoría de los alumnos no. No me parece bien que las compañeras que trabajan de auxiliar en el hospital hayan realizado sus prácticas en la misma unidad donde trabajan".*

- ü *"Organizar el calendario de manera que todos los alumnos tengan los mismos días de libranza en días tales como sábados, domingos y/o festivos (estaban*

muy descompensadas).Mis agradecimientos a la unidad".

5.2.4 Alumnos 2013 / 14

- ü *"Quiero agradecer a todo el equipo de MI2 su trato y dedicación".*

- ü *"Agradecer a todo el personal de mi1 por habernos atendido tan bien en todo momento".*

- ü *"Agradecer al personal sanitario por su compañerismo y su disposición para ayudarnos a aprender".*

- ü *"Creo que deberíamos tener un tutor fijo y trabajar continuamente con el de su turno ya sea de noches, tardes o mañanas. No poner las prácticas tan cerca de los exámenes. Informar previamente a todos los enfermeros de que van a venir alumnos. Si alguien no quiere ser tutor que en su turno no haya alumnos porque nos perjudica a todos".*

- ü *"Tener asignado cada alumno un tutor, que no coincidan prácticas con exámenes.(feb y mar) que si hay enfermeros que no quieren ser tutores, se agradecería que no lo fueran".*

- ü *"Me gustaría agradecer a todos los compañeros que he tenido en mis prácticas por el trato dado y las enseñanzas de ellos hacia mí, el miedo de trato en un principio se fue en cuanto estuve con ellos".*

- ü *"No me parece justo que haya hasta 4 días menos según las claves de los alumnos y menos tan cerca.se debería preguntar a los enfermeros de otra unidad si tienen interés por enseñar a los alumnos al menos en mi unidad el trato con una en particular ha sido poco agradable".*

- *"Me he sentido muy cómoda durante las prácticas en la unidad de maternidad y estoy muy agradecida por el trato recibido, sobre todo por las explicaciones y enseñanzas que he recibido por parte de los profesionales de enfermería".*

- *"Deberían presentarse un número de tutores por planta con ganas de tener alumnos y acoplarlos en sus turnos pues de una plantilla de 12 enfermeras, es muy triste que solo 4 llamen para realizar tareas o simplemente se interesen por nosotros".*

- *"Se deberían limitar las plazas de enfermería en el Campus de Lorca para que el horario de prácticas sea más adecuado ya que los fines de semana y festivos son horas en mi opinión perdidas".*

- *"Considero que el tiempo de prácticas es insuficiente y debería ser más largo pues cuando comienza a hacerte con la planta y a formar parte del equipo llega la finalización de las prácticas de modo que pienso que debería durar un mes más como mínimo. También pienso que deberían asignar un tutor fijo con el que seguir la clave ya que te adaptas mejor a la forma de trabajo de tu tutor y de esta manera a involucrarte con mayor rapidez en el equipo. A mi modo de ver se les debería pasar una encuesta a los pacientes sobre su opinión de los alumnos, pues son los principales afectados. Me gustaría agradecer la acogida que han tenido los enfermeros/as hacia mí, tanto en planta como en quirófano pues se han mostrado siempre agradables y dispuestos a enseñarme además de preocuparse por mi bienestar y conformidad con mi estancia en planta y quirófano. También agradecer a los profesores asociados su atención y preocupación. La realización de noches durante el periodo de prácticas me parece correcta pues considero que es importante cual es el rol del enfermero en todos los turnos, yo he tenido la gran suerte de coincidir con una clave fantástica que me ha tratado inmejorablemente por lo que estaba encantada*

de ir por las noches pero pienso que al igual que yo he tenido la oportunidad de estar por la noche otros compañeros las deberían conocer cómo se trabaja en este turno. Por último me gustaría agradecer también a mi tutor de quirófano por hacerme muy agradable mi estancia, enseñarme con tanto entusiasmo e ilusión que me ha hecho ver de otro modo el quirófano, pues en un principio llegué con la idea de que no me gustaría pero salí encantada, no solo por conocer cómo funciona si no por el trato que he recibido por él".

- *"A pesar de no tener tutor se debería preguntar a los profesionales quienes de ellos están dispuestos a colaborar con la docencia. Para 4 años que dura el grado opino que tenemos muy pocas prácticas (sobre todo la corta estancia en quirófano). A mi entender hay una mala organización en cuanto a los turnos de este año, a muchos compañeros les coincidía tarde-mañana y no veo lógico".*

- *"Considero necesaria la asignación de una persona al menos en cada clave que se haga cargo de forma directa de nuestro avance en el aprendizaje y de evaluarnos de forma correcta. Veo necesaria la unificación de las técnicas enfermeras para aprenderlas de forma unánime".*

- *"Sugiero a todos los enfermeros/as que recuerden que alguna vez ellos también fueron estudiantes, tuvieron que hacer prácticas y muchos querían aprender.se les olvida muy pronto al estar trabajando.es muy feo oír que la enfermera/o decir que esa harto de estudiantes y que están deseando que nos vayamos. No somos pasmarotes como nos han llamado en quirófanos".*

- *"Que se eliminen a ser posible unidades como maternidad o que se cambien con otras unidades para los alumnos de 3º y 4º ya que no se realizan muchas técnicas mayor tiempo en quirófano. Que estén disponibles unidades como MI, Cirugía…para los alumnos de 4º".*

- *"Tras mi paso por el hospital he podido aprender mucho, pero me gustaría disponer de más tiempo de prácticas. un mes más me serviría para terminar de fijar mis conocimientos. También me hubiera gustado estar más tiempo en quirófanos puesto que en 7 días no da tiempo a aprender todo. Por último me gustaría mostrar mi opinión respecto a que deberíamos tener un tutor fijo de prácticas para ir mas organizados".*

- *"En mi opinión la duración de las prácticas hospitalarias en la unidad de quirófanos ha sido insuficiente".*

- *"Quiero agradecer el trato de todos los profesionales que he tenido en mi1 porque la verdad es que he disfrutado y aprendido mucho de estas prácticas con respecto a quirófanos tengo que decir que en algunos, por no decir muchos, momentos me he sentido como un estorbo o una carga".*

- *"Me ha parecido mal que los turnos sean tan dispares ya que no solo unos se veían favorecidos sin hacer festivos ni fines de semana, sino que también no tenemos las mismas oportunidades de avanzar, tampoco me ha gustado que no haya un tutor fijo porque al cambiar de tutor se producía un retroceso y una incongruencia de opiniones y técnicas".*

- *"No estoy de acuerdo en la organización de turnos ya que ciertos estudiantes han tenido que realizar bastantes noches y fines de semana y otros no han realizado ninguna y ningún fin de semana".*

- *"No me parece justo el turno de los alumnos en contraposición de otros que no han realizado ninguna, ni respetar fines de semana".*

- *"Estancia en quirófanos fue muy corta, a cambio en maternidad casi dos meses, es mucho, podría estar en otra unidad con más técnicas de enfermería".*

- *"Creo que el tiempo en quirófano fue muy poco para poder aprender lo debido".*

- *"Por un lado creo que el tiempo destinado a quirófano fue insuficiente para poder aprender algo más y por otro lado quiero agradecer el buen trato que han tenido con nosotros tanto los enfermeros de mi unidad hacia mí ya que me han tratado como a uno más del equipo".*

- *"Hubiese sido de gran ayuda tener un tutor fijo por la diferencia entre las distintas técnicas".*

- *"La necesidad de tener un tutor fijo para que vea la evolución constante en las prácticas e ir al mismo turno, también más tiempo de prácticas en la unidad de quirófanos para conocer mejor la dinámica de trabajo".*

- *"Agradecimientos al personal de quirófanos porque se han portado estupendamente con nosotros, reitero mi opinión de la necesidad de tener un tutor en planta que evalúe nuestro seguimiento (al igual que hemos tenido en quirófanos)".*

- *"Creo que el no tener asignado un tutor fijo que controle nuestros avances y se implique hace que en cada persona que nos toca por turno (diferente) desconozca nuestro conocimiento y se implique menos en nuestro avance ya que no le tocará siempre con el m ismo alumno".*

- *"En general me he sentido a gusto en este hospital pero tengo las siguientes quejas: Me hubiese gustado tener más explicaciones acerca de las técnicas de enfermería que se hacen en UCI (más docencia).tener un tutor fijo ya que se hace más responsable del alumno y controla su evolución. No asignar a ningún alumno con un enfermero que no quiera tener alumnos ya que eso se refleja en el trato del enfermero con el alumno (lo digo por experiencia propia). Más preocupación seguimiento, coordinación, desde la Universidad con los profesionales del hospital (tutores-profesores asociados) agradezco la*

acogida del personal (supervisor y profesor asociado de UCI) el trato y permitirme hacer las prácticas en este hospital".

- *"Todos los Prácticum realizados este curso académico han sido muy productivos por todos los conocimientos aprendidos y gracias a los profesionales sanitarios por ayudarnos a ello".*

- *"Agradecimiento al equipo de profesionales de medicina interna 2 del Hospital Rafael Méndez".*

- *"Estoy agradecido con todo el personal de la planta ya que en ningún momento he sentido que estorbase. Tanto mi tutor como el resto de enfermeros han sido muy amables y en todo momento han estado pendiente de que aprendiésemos cosas nuevas o viésemos técnicas nuevas".*

- *"Estoy muy agradecida a la unidad de MI, he estado muy a gusto y los tutores se han portado muy bien, ojalá volviera a venir aquí, ha sido una experiencia buena".*

- *"En general he estado muy a gusto en la planta pero he chocado un poco con una enfermera ……..por su carácter y a veces no he estado muy cómoda cuando estaba ella. Por lo demás me ha encantado la planta y tanto enfermeras como auxiliares y médicos".*

- *"El personal de la planta nos ha tratado muy bien en general, tanto auxiliares como enfermeras, excepto alguna enfermera que creo que no debería ser tutora por no gustarle la docencia (……)".*

- *"Veo injusto que no podamos hacer las prácticas el año que viene en cuarto en este hospital de nuestra ciudad por el hecho de estar estudiando en Murcia. Creo que debería existir más igualdad entre todos los estudiantes y no dar preferencia solo a los de la universidad pública".*

- *“No estoy de acuerdo en que el año que viene no podamos volver a este hospital. Yo soy de Lorca, vivo en Lorca y no entiendo porque no puedo hacer las prácticas en el hospital de mi ciudad. Es injusto que se de preferencia a la universidad pública frente a la privada”.*

- *“Tener igualdad con el resto de universidades para hacer las prácticas. Agradecer a todas las compañeras por su profesionalidad, simpatía y paciencia que han tenido con nosotros”.*
- *“Durante mi estancia en la unidad de urgencias me he sentido como una más y he aprendido mucho. Muchas gracias a ……y a …….. de las que he aprendido muchas cosas”.*

5.2.5 Alumnos 2014 / 15 (2ª Curso)

- *“No tuvimos tutores específicos, el bloque 3 no tiene sentido, mejor asignar un tutor específico, así no evaluaría a un alumno un enfermero que no haya estado con él, si no alguien que sabe el trabajo realizado”.*

- *"Deberíamos tener un tutor por alumno".*

- *"Que sea más largo el periodo de prácticas, que nos dejen realizar más técnicas".*

- *"Deberían realizarse más turnos (MTN), y durante más tiempo. El no poder usar las agujas por el seguro escolar nos lleva a ir con cierto retraso en nuestro aprendizaje".*

- *"Facilitar medio de transporte para las prácticas a quién no dispone de vehículo propio".*

5.2.6 Alumnos 2014 / 15 (3er. Curso)

- ü *"Más tiempo en quirófanos".*
- ü *"Mayor duración de las prácticas de quirófano. Conocer todos los quirófanos".*
- ü *"Más prácticas previas y formación adecuada".*
- ü *"Más prácticas en la universidad antes de ir a las plantas".*
- ü *"El periodo de quirófanos es insuficiente, los turnos de noche están bien para saber como son pero no proporcionan el suficiente aprendizaje al alumno".*
- ü *"Los turnos de noche no aportan nada."*
- ü *"Podrían ponerse turnos sin noches, prácticamente no se hace nada nuevo".*

5.2.7 Alumnos 2014 / 15 (4º Curso)

- ü *Mejor elección de los tutores, hacer pruebas. Más prácticas, mejor dicho, mejor distribuidas no en 2º, 1 mes, en 3º, 3 meses y en cuarto todo el año)".*
- ü *"Que hubieran suficientes pijamas para los estudiantes".*
- ü *"Veo innecesario la realización de noches, sería más provechoso cambiar ese turno por uno de mañanas o de tarde que a nivel educativo son más provechosos".*
- ü *"Mejor selección de los tutores porque hay algunos que no saben enseñar, no tienen interés".*
- ü *"No me gusta la forma de evaluar urgencias y primaria, en las otras prácticas han sido de forma inmediata de*

manera que facilita una posible reclamación porque me acuerdo de lo que he hecho, y además si hemos cometido fallos y nos los dicen, podremos evitar en los siguientes meses, esto en uci y la especialidad se hace muy bien. Deberían ser todos iguales".

- ü *"Que no se hagan turnos de noches porque se pierden muchas horas de baja actividad donde no son productivo".*

- ü *"Se debería evaluar a cada alumno individualmente según su horario y turno, y no hacer comparaciones"*

6. ESTADÍSTICOS

El estudio de los resultados obtenidos a través de los datos que aportan los cuestionarios, se detallan a continuación a través de tablas y gráficos.

6.1 Datos sociodemográficos.

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	19	26	12,4	12,7	12,7
	20	56	26,8	27,3	40,0
	21	27	12,9	13,2	53,2
	22	13	6,2	6,3	59,5
	23	14	6,7	6,8	66,3
	24	11	5,3	5,4	71,7
	25	5	2,4	2,4	74,1
	26	1	,5	,5	74,6
	27	7	3,3	3,4	78,0
	28	4	1,9	2,0	80,0
	29	1	,5	,5	80,5
	30	4	1,9	2,0	82,4
	31	3	1,4	1,5	83,9
	32	4	1,9	2,0	85,9
	33	5	2,4	2,4	88,3
	34	6	2,9	2,9	91,2
	35	4	1,9	2,0	93,2
	38	2	1,0	1,0	94,1
	40	1	,5	,5	94,6
	42	4	1,9	2,0	96,6
	43	1	,5	,5	97,1
	44	1	,5	,5	97,6
	45	1	,5	,5	98,0
	46	1	,5	,5	98,5
	47	1	,5	,5	99,0
	48	1	,5	,5	99,5
	52	1	,5	,5	100,0
Total		**205**	**98,1**	**100,0**	
Perdidos Sistema		4	1,9		
Total		**209**	**100,0**		

GÉNERO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	48	23,0	23,2	23,2
	Mujer	159	76,1	76,8	100,0
	Total	**207**	**99,0**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	2	1,0		
	Total	**209**	**100,0**		

LUGAR DE NACIMIENTO

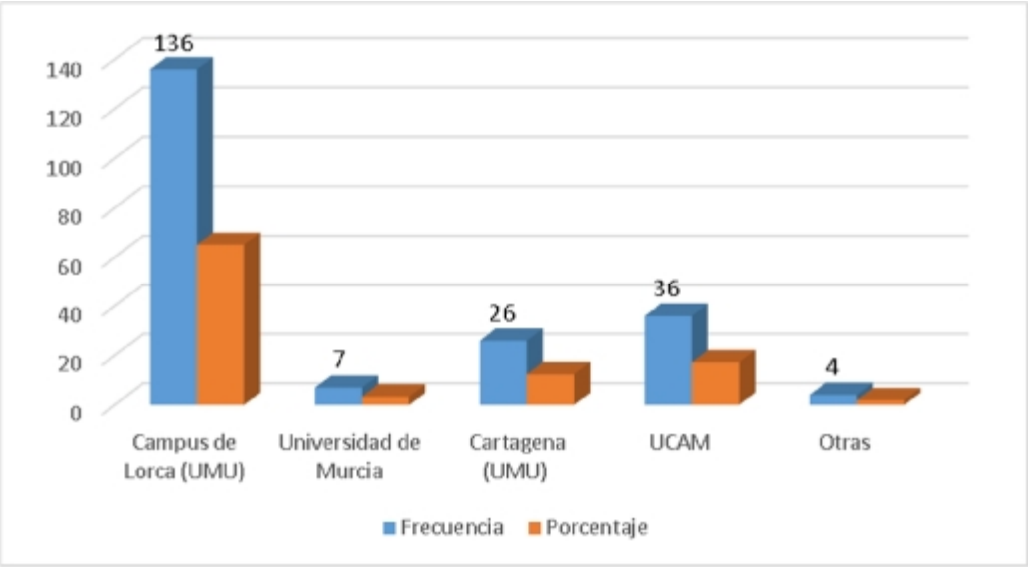
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lorca	90	43,1	44,8	44,8
	Resto Reg. Murcia	56	26,8	27,9	72,6
	Com. Valenciana	18	8,6	9,0	81,6
	Com. Andaluza	28	13,4	13,9	95,5
	Otras y nulas	1	,5	,5	96,0
	6	2	1,0	1,0	97,0
	7	6	2,9	3,0	100,0
	Total	**201**	**96,2**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	8	3,8		
	Total	**209**	**100,0**		

DOMICILIO HABITUAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lorca	120	57,4	59,4	59,4
	Resto Reg. Murcia	58	27,8	28,7	88,1
	Com. Valenciana	13	6,2	6,4	94,6
	Com. Andaluza	11	5,3	5,4	100,0
	Total	202	96,7	100,0	
	Perdidos Sistema	7	3,3		
	Total	**209**	**100,0**		

UNIVERSIDAD DONDE ESTUDIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Lorca (UMU)	136	65,1	65,1	65,1
	UMU	7	3,3	3,3	68,4
	Cartagena	26	12,4	12,4	80,9
	UCAM	36	17,2	17,2	98,1
	Otras	4	1,9	1,9	100,0
	Total	**209**	**100,0**	**100,0**	



CURSO QUE ESTÁ DESARROLLANDO AHORA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Segundo de grado	112	53,6	53,6	53,6
	Tercero de grado	88	42,1	42,1	95,7
	Cuarto de grado	9	4,3	4,3	100,0
	Total	**209**	**100,0**	**100,0**	

PLAN DE ESTUDIOS

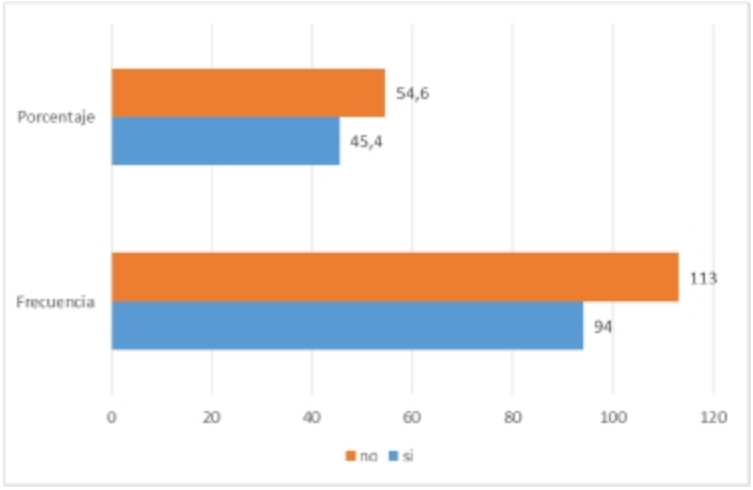
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Grado Enfermería	199	95,2	96,6	96,6
	Diplomatura	7	3,3	3,4	100,0
	Total	**206**	**98,6**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	3	1,4		
	Total	209	100,0		

MOTIVOS PARA ESTUDIAR ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Vocación	94	45,0	54,7	54,7
	Gusto-satisfacción	48	23,0	27,9	82,6
	Devoción	5	2,4	2,9	85,5
	Curiosidad e interés	13	6,2	7,6	93,0
	Por trato al paciente	1	,5	,6	93,6
	Interés, promoción	8	3,8	4,7	98,3
	Otros	3	1,4	1,7	100,0
	Total	**172**	**82,3**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	37	17,7		
	Total	**209**	**100,0**		

¿ALGÚN FAMILIAR CON ESTUDIOS SANITARIOS?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Vocación	94	45,0	54,7	54,7
	Gusto-satisfacción	48	23,0	27,9	82,6
	Devoción	5	2,4	2,9	85,5
	Curiosidad e interés	13	6,2	7,6	93,0
	Por trato al paciente	1	,5	,6	93,6
	Interés, promoción	8	3,8	4,7	98,3
	Otros	3	1,4	1,7	100,0
Total		**172**	**82,3**	**100,0**	
Perdidos Sistema		37	17,7		
Total		**209**	**100,0**		



VÍA DE ACCESO A ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nota de selectividad	150	71,8	72,1	72,1
	Convalidación de estudios	10	4,8	4,8	76,9
	Universidad privada	48	23,0	23,1	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		

HOSPITAL DONDE SE REALIZAN LAS PRÁCTICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital Rafael Méndez de Lorca	209	100,0	100,0	100,0

6.2 Datos: Dimensión organizacional.

EL PLAN DE ACOGIDA A LOS ALUMNOS EN PRÁCTICAS DEL PRIMER DÍA FUE APROPIADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	2	1,0	1,0	1,0
	Casi nunca	6	2,9	2,9	3,9
	Casi siempre	47	22,5	22,8	26,7
	Siempre	151	72,2	73,3	100,0
Total		**206**	**98,6**	**100,0**	
Perdidos Sistema		3	1,4		
Total		**209**	**100,0**		

LA INFORMACIÓN DADA SOBRE EL ÁREA DE SALUD/HOSPITAL Y LAS NORMAS A SEGUIR, FUERON CLARAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	,5	,5	,5
	Casi nunca	6	2,9	2,9	3,3
	Casi siempre	48	23,0	23,0	26,3
	Siempre	154	73,7	73,7	100,0
Total		**209**	**100,0**	**100,0**	

EL SUPERVISOR, O EL TUTOR DE LA UNIDAD, ME EXPLICÓ LA ORGANIZACIÓN DE LA PLANTA

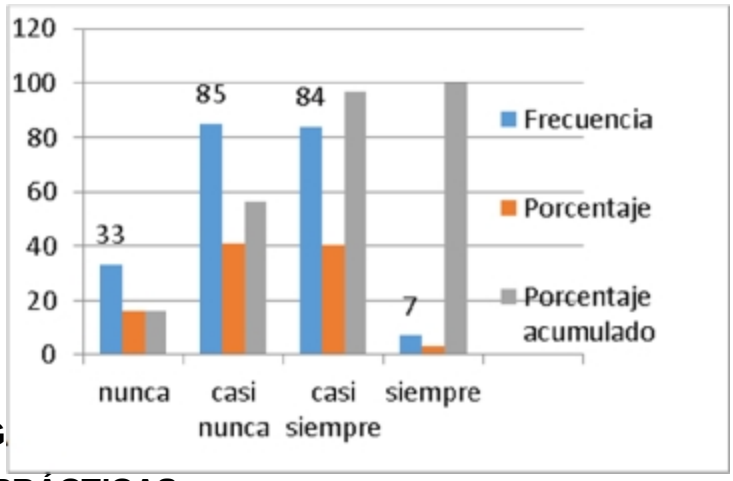
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	11	5,3	5,4	5,4
	Casi nunca	18	8,6	8,8	14,1
	Casi siempre	51	24,4	24,9	39,0
	Siempre	125	59,8	61,0	100,0
Total		**205**	**98,1**	**100,0**	
Perdidos Sistema		4	1,9		
Total		**209**	**100,0**		

CADA DÍA SABÍA LAS TAREAS QUE TENÍA QUE REALIZAR Y A QUIÉN DIRIGIRME EN CASO DE DUDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	7	3,3	3,4	3,4
	Casi nunca	17	8,1	8,2	11,6
	Casi siempre	51	24,4	24,6	36,2
	Siempre	132	63,2	63,8	100,0
Total		207	99,0	100,0	
Perdidos Sistema		2	1,0		
Total		209	100,0		

TODOS LOS ENFERMEROS/AS REALIZAN LAS TAREAS CON LAS MISMAS TÉCNICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	33	15,8	15,8	15,8
	Casi nunca	85	40,7	40,7	56,5
	Casi siempre	84	40,2	40,2	96,7
	Siempre	7	3,3	3,3	100,0
Total		**209**	**100,0**	**100,0**	

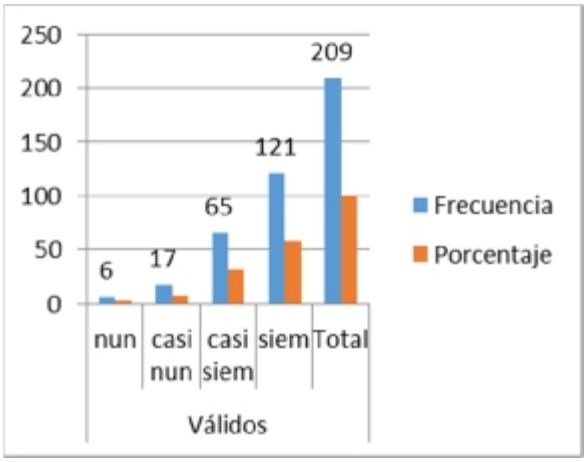


ME GUSTÓ LA ORG… RESPECTO A LAS PRÁCTICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	9	4,3	4,3	4,3
	Casi nunca	31	14,8	14,8	19,1
	Casi siempre	89	42,6	42,6	61,7
	Siempre	80	38,3	38,3	100,0
Total		**209**	**100,0**	**100,0**	

DIFERENTES PROFESIONALES DE LA UNIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	6	2,9	2,9	2,9
	casi nunca	17	8,1	8,1	11,0
	casi siempre	65	31,1	31,1	42,1
	siempre	121	57,9	57,9	100,0
Total		**209**	**100,0**	**100,0**	



EN ESTE HOSPITAL SE TRABAJA EN EQUIPO: MÉDICOS, ENFERMEROS/AS Y AUXILIARES

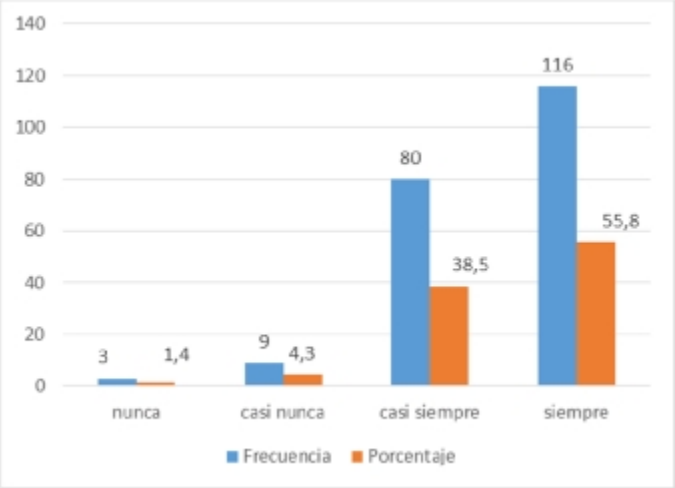
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	,5	,5	,5
	Casi nunca	29	13,9	13,9	14,4
	Casi siempre	69	33,0	33,2	47,6
	Siempre	109	52,2	52,4	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		**1**	**,5**		
Total		**209**	**100,0**		

EL TRATO HUMANO EN ESTE HOSPITAL ES PRIORITARIO HACIA LOS PACIENTES Y FAMILIARES

Válidos	Nunca	5	2,4	2,4	2,4
	Casi nunca	22	10,5	10,7	13,1
	Casi siempre	79	37,8	38,3	51,5
	Siempre	100	47,8	48,5	100,0
Total		**206**	**98,6**	**100,0**	
Perdidos Sistema		3	1,4		
Total		**209**	**100,0**		

ESTE HOSPITAL ES UN LUGAR AGRADABLE PARA TRABAJAR (CALMADO, LIMPIO, TRANQUILO, BIEN ILUMINADO)

Válidos	Nunca	3	1,4	1,4	1,4
	Casi nunca	9	4,3	4,3	5,8
	Casi siempre	80	38,3	38,5	44,2
	Siempre	116	55,5	55,8	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		



6.3. Datos: dimensión alumnos.

HE TENIDO PROBLEMAS DE INTEGRACIÓN EN ALGUNA UNIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	169	80,9	82,4	82,4
	Casi nunca	16	7,7	7,8	90,2
	Casi siempre	12	5,7	5,9	96,1
	Siempre	8	3,8	3,9	100,0
Total		**205**	**98,1**	**100,0**	
Perdidos Sistema		4	1,9		
Total		**209**	**100,0**		

DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ME HE SENTIDO CALMADO/A

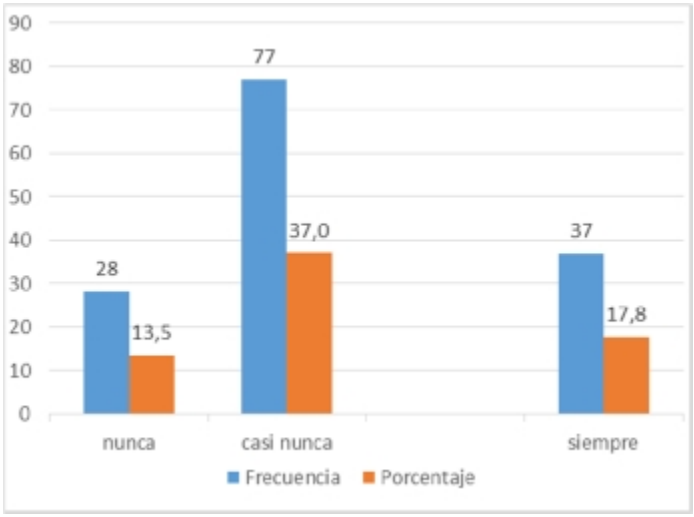
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	,5	,5	,5
	Casi nunca	15	7,2	7,2	7,7
	Casi siempre	61	29,2	29,3	37,0
	Siempre	131	62,7	63,0	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		

DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ME HE SENTIDO ANGUSTIADO/A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	136	65,1	65,4	65,4
	Casi nunca	52	24,9	25,0	90,4
	Casi siempre	12	5,7	5,8	96,2
	Siempre	8	3,8	3,8	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		

HE TEMIDO EQUIVOCARME EN ALGUNA TAREA O TÉCNICA Y DAÑAR AL PACIENTE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	28	13,4	13,5	13,5
	Casi nunca	77	36,8	37,0	50,5
	Casi siempre	66	31,6	31,7	82,2
	Siempre	37	17,7	17,8	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		



ALGÚN PACIENTE O FAMILIAR NO QUISO QUE LE ATENDIERA POR SER ESTUDIANTE EN PRÁCTICAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	128	61,2	61,5	61,5
	Casi nunca	56	26,8	26,9	88,5
	Casi siempre	14	6,7	6,7	95,2
	Siempre	10	4,8	4,8	100,0
Total		208	99,5	100,0	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		209	100,0		

ALGUNOS ENFERMEROS SE OFRECÍAN A ENSEÑARME AUNQUE NO FUERAN TUTORES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	,5	,5	,5
	Casi nunca	22	10,5	10,9	11,4
	Casi siempre	39	18,7	19,3	30,7
	Siempre	140	67,0	69,3	100,0
Total		**202**	**96,7**	**100,0**	
Perdidos Sistema		7	3,3		
Total		**209**	**100,0**		

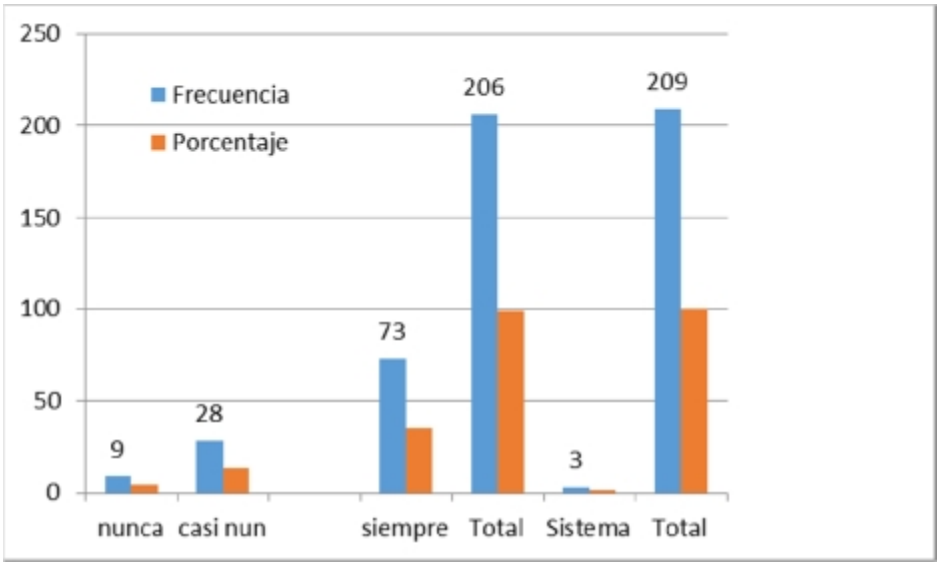
6.4. Datos: dimensión formación y tutorías.

APRENDÍ CIERTAS TAREAS DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	4	1,9	1,9	1,9
	Casi nunca	15	7,2	7,2	9,1
	Casi siempre	66	31,6	31,6	40,7
	Siempre	124	59,3	59,3	100,0
Total		209	100,0	100,0	

OBSERVÉ GRAN INDEPENDENCIA EN EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS/AS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	9	4,3	4,4	4,4
	Casi nunca	28	13,4	13,6	18,0
	Casi siempre	96	45,9	46,6	64,6
	Siempre	73	34,9	35,4	100,0
Total		**206**	**98,6**	**100,0**	
Perdidos Sistema		3	1,4		
Total		**209**	**100,0**		

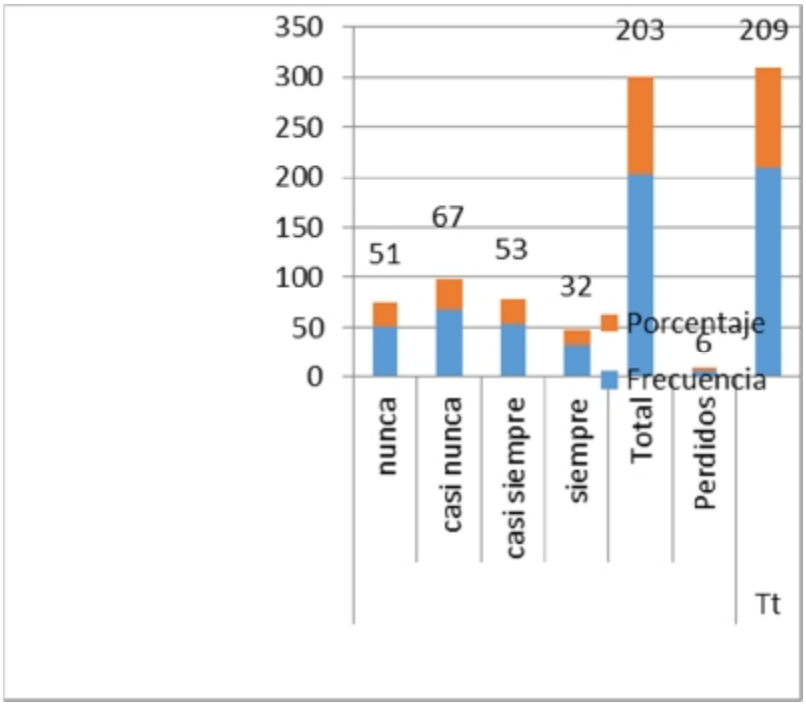


APRENDÍ CON ALGUNOS MÉDICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	47	22,5	22,6	22,6
	casi nunca	72	34,4	34,6	57,2
	casi siempre	56	26,8	26,9	84,1
	siempre	33	15,8	15,9	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		

HABÍA GRANDES DIFERENCIAS EN LA CAPACIDAD DOCENTE DE LOS DIFERENTES TUTORES/AS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	51	24,4	25,1	25,1
	Casi nunca	67	32,1	33,0	58,1
	Casi siempre	53	25,4	26,1	84,2
	Siempre	32	15,3	15,8	100,0
Total		**203**	**97,1**	**100,0**	
Perdidos Sistema		6	2,9		
Total		**209**	**100,0**		



ME SENTÍ VALORADO/A Y ANIMADO/A POR LOS TUTORES POR SUS COMENTARIOS HACIA MÍ

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	10	4,8	5,0	5,0
	Casi nunca	13	6,2	6,5	11,4
	Casi siempre	66	31,6	32,8	44,3
	Siempre	112	53,6	55,7	100,0
Total		**201**	**96,2**	**100,0**	
Perdidos Sistema		8	3,8		
Total		**209**	**100,0**		

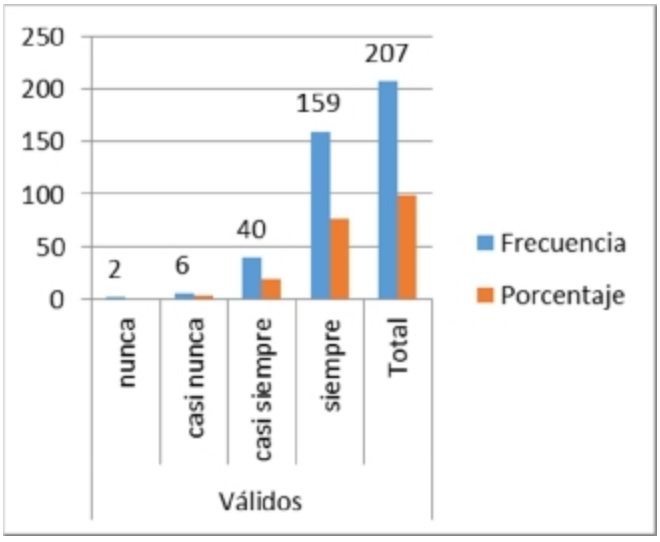
CREO QUE EN ALGUNA OCASIÓN NOS HAN UTILIZADO PARA HACER LAS TAREAS DE LOS PROFESIONALES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	63	30,1	31,3	31,3
	Casi nunca	69	33,0	34,3	65,7
	Casi siempre	52	24,9	25,9	91,5
	Siempre	17	8,1	8,5	100,0
Total		**201**	**96,2**	**100,0**	
Perdidos Sistema		8	3,8		
Total		**209**	**100,0**		

6.5. Datos: dimensión relaciones profesionales.

EL TRATO DISPENSADO POR LOS ENFERMEROS DE LA UNIDAD HACIA MÍ FUE BUENO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	2	1,0	1,0	1,0
	Casi nunca	6	2,9	2,9	3,9
	Casi siempre	40	19,1	19,3	23,2
	Siempre	159	76,1	76,8	100,0
Total		**207**	**99,0**	**100,0**	
Perdidos Sistema		2	1,0		
Total		**209**	**100,0**		



EL TRATO DISPENSADO POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD HACIA MÍ FUE BUENO

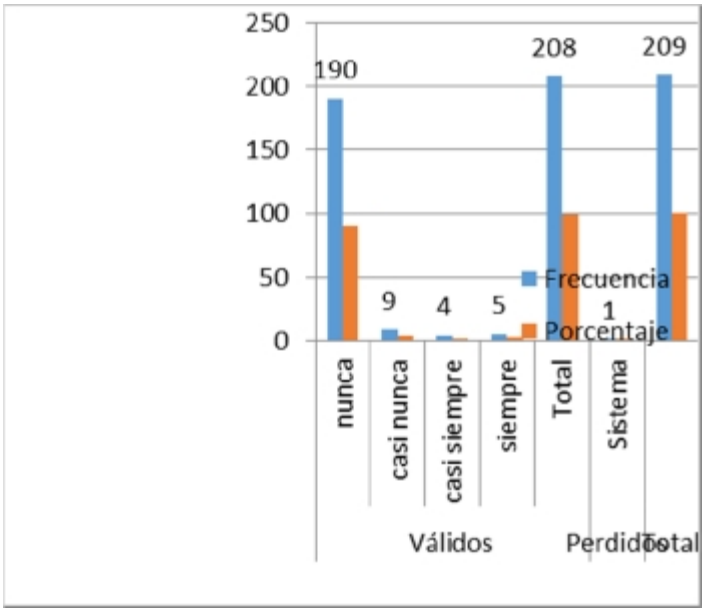
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	6	2,9	2,9	2,9
	Casi siempre	38	18,2	18,3	21,2
	Siempre	164	78,5	78,8	100,0
Total		**208**	**99,5**	**100,0**	
Perdidos Sistema		1	,5		
Total		**209**	**100,0**		

EL TRATO DISPENSADO POR LOS MÉDICOS DE LA UNIDAD HACIA MÍ FUE BUENO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	11	5,3	5,3	5,3
	Casi nunca	45	21,5	21,6	26,9
	Casi siempre	70	33,5	33,7	60,6
	Siempre	82	39,2	39,4	100,0
	Total	**208**	**99,5**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	1	,5		
	Total	**209**	**100,0**		

HE TENIDO PROBLEMAS CON ALGÚN TUTOR/A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	190	90,9	91,3	91,3
	Casi nunca	9	4,3	4,3	95,7
	Casi siempre	4	1,9	1,9	97,6
	Siempre	5	2,4	2,4	100,0
	Total	**208**	**99,5**	**100,0**	
	Perdidos Sistema	1	,5		
	Total	**209**	**100,0**		



HE TENIDO PROBLEMAS CON ALGÚN SUPERVISOR/A

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	194	92,8	93,7	93,7
	Casi nunca	5	2,4	2,4	96,1
	Casi siempre	2	1,0	1,0	97,1
	Siempre	6	2,9	2,9	100,0
Total		**207**	**99,0**	**100,0**	
Perdidos Sistema		2	1,0		
Total		**209**	**100,0**		

7. INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que hemos encontrado a lo largo de este estudio, y que han sido extraídos de las diferentes fuentes tratadas en este trabajo, nos sugieren siguientes impresiones:

Por un lado la supremacía de las enfermeras sobre los enfermeros en nuestros centros sanitarios, como ha sido casi siempre a lo largo de la historia y que aún hoy sigue siendo tendencia habitual en las ciencias sanitarias donde incluso en medicina, siempre dominada por los hombres, está aumentando su presencia de manera considerable. Y no parece que haya de fondo un motivo feminista en la profesión, aunque con respecto a la población a la que se asiste, es posible que las mujeres sanitarias sean motivo, por su sola presencia, de tintes machistas.

Es también digno de señalar que existe una tendencia muy parecida entre la "herencia" familiar en la elección de la carrera, sobre todo en familiares con estudios relacionados con la sanidad que se dan en nuestro entorno, donde 1 de cada 2 alumnos tiene esa influencia, y la vocación, que conceptuada como tal, la perciben el 45 % de los alumnos; las tareas que realizan los enfermeros del hospital no se hacen del mismo modo según 1 de cada 2 alumnos y alumnas. Es posible que en algún caso existan diferentes protocolos para hacerlo, o que las situaciones sean diferentes y se deba realizar de diferente manera.

Los datos relacionados con la organización resultan de especial interés por su cualidad, en este caso con el Plan de Acogida, que supone una gran dosis de confianza para los alumnos en casi el 100 % de los casos y se percibe desde el contraste que supone el comienzo del acto y el final del mismo. En esa línea aparecen aspectos del hospital como el valor que le dan los alumnos como organización o como lugar agradable para trabajar, un lugar tranquilo en más del 80% de la puntuación, que aumenta si el que contesta el cuestionario es un alumno calmado.

Pero cuando se trata de las relaciones entre los profesionales respecto a la cuestión de trabajo en equipo, donde pueden salir a la luz episodios de cierta tirantez, especialmente en situaciones urgentes, finalmente quedan como simples

anécdotas de un trabajo de equipo, los alumnos en un 85,2 % de los casos bien esas situaciones como normales.

También es cierto que la lectura que hacen los alumnos de la integración en las unidades es que no suelen tener problemas; el miedo de hacer daño a los pacientes en sus actuaciones, es un tema que consideramos normal (al igual que opinan más de la mitad de los alumnos) especialmente en las primeras prácticas. Lo mismo sucede con la empatía con pacientes y familiares, que ven como un hecho normal.

Los resultados que los alumnos han mostrado en sus relaciones con los profesionales, en todos los casos han sido muy buenos, especialmente con Enfermeros y Auxiliares de Enfermería que en el cómputo de elección siempre/casi siempre, sobrepasan el 90 % y en cuanto a problemas de los alumnos con algún tutor o supervisor, llama la atención que un alumno de cada tres ha tenido algún incidente con algún supervisor sin embargo el 90 % de los alumnos no ha tenido problema alguno con los tutores.

8. DISCUSIÓN

Este trabajo se propuso en un principio para un estudio de 388 alumnos y por diferentes circunstancias quedaron reducidos en 209. En su comienzo, lo más importante era averiguar los condicionantes que sufrían los alumnos, si es que los hubiera, para detectar cualquier anomalía que intercediera en su devenir diario.

Situaciones relacionadas con las normas, las jerarquías respecto a otros grupos o de competencias y evaluaciones en su propio grupo, la tensión que produce el realizar una técnica o cura hasta conseguir su correcta ejecución son ejemplos de potenciales estresores que pueden impedir al alumno o alumna rendir al máximo de sus intereses ante un tutor que controla, con otros profesionales que ayudan en la formación, un sinfín de aspectos lógicos que a pesar de la incompetencia inicial de los alumnos, es cierto que en pocas fechas asumen su condición, equilibran sus emociones y en condiciones normales, se adaptan al proceso de prácticas. Desde el inicio de éstas, con el Plan de Acogida, comienza la primera mirada al entorno real de la vida sanitaria.

Este Plan de Acogida, representa el inicio de todo, por eso es tan importante su elaboración y puesta en escena, tan necesario como efectivo si se realiza adecuadamente. El organizado por la Universidad de Cadiz para los alumnos de enfermería, medicina y fisioterapia, editado por su Rectorado (Sales Marquez, 2007) presenta un agradable y riguroso aspecto, ameno y efectivo de contenido, que con algunos aspectos similares al que se realiza en el Hospital Rafel Mendez, ofrece puntos de referencia a tomar en cuenta que dan a los alumnos cuenta de que contiene todo lo que necesitan saber.

En esa línea aparece otro excelente Plan en el hospital de Sant Joan en Alicante, un auténtico dosier de como moverse por el centro, una especie de guía donde no falta de nada y parece un auténtico referente con unos contenidos excepcionales “para anticipar algunos aspectos básicos que puedan contribuir a un mejor conocimiento del Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d’Alacant y

en especial de la distribución arquitectónica y organizativa de nuestro Hospital. Así mismo se han tenido en cuenta otros aspectos reflejados en una serie de observaciones, sugerencias y enlaces a páginas web que espero faciliten vuestra integración en esta etapa de la formación que deseo sea provechosa" según manifiesta Zaragoza Fernández, Director de Enfermería del centro.

Pero también los pequeños hospitales, como el de Cieza, organiza un Plan de Acogida para los alumnos de enfermería (Tomás, Caravaca, Rodrigez y otros, 2004) para facilitar su adaptación, ofeciéndoles ciertas actividades previas, sobre todo a los alumnos que comienzan las prácticas para que su incorporación sea lo menos "traumática" posible, para que sepan acerca de la estructura del hospital, su organización y funcionamiento, que los alumnos la reciban como una experiencia positiva, como en el hospital Rafael Méndez, donde los alumnos de Lorca valoran en un 94,7 %, 77,2 % (siempre satisfechos) y 22,5 % (casi siempre satisfechos), la satisfacción ansiolítica que les supone una actividad que rompe el hielo entre alumnos y docentes.

Y es que en los trabajos revisados se detecta el enorme interés por realizar un buen Plan, que consiga adherir al alumno a su nuevo entorno para facilitar su integración como concluye Navarro, Gonzalez y Espinosa, donde en un estudio descriptivo transversal realizado a estudiantes de 2º y 3º de Grado en la Universidad CEU de Elche, a través de un cuestionario propio distribuido a 100 alumnos (76,8% mujeres, hombres 23,2%) una edad media de 25 años (en Lorca 24,36), una mínima de 19, similar a Lorca y una máxima de 50 años (en Lorca, 52) dibujan un perfil de alumno muy similar y unos resultados parecidos en cuanto al interés por el Plan de Acogida que en Lorca supone un 99,7 % de satisfacción y en Sant Joan un 93,2 %.

Ciertamente, parece, que el Plan de Acogida es muy adecuado para incidir en el alummo y la primera impresión que capte de centro de prácticas; facilitará la entrada en su incorporación, pero hay que controlar ese nivel durante el resto de la estancia clínica con la aplicación de las actuaciones que sean necesarias donde, por ejemplo, las situaciones de estrés en los estudiantes, como explican Cuñado Barrio, Sánchez Vicario, Muñoz Lobo, Rodríguez y Gómez García (2011)

que en su estudio a 314 alumnos para valorar las prácticas clínicas en el hospital Ramón y Cajal, hallaron, que los alumnos de Quirófanos y Pediatría daban una capacidad docente insuficiente a los tutores respecto a Urgencias; sin embargo, el apoyo de los profesionales fue mejor en Pediatría. La satisfacción general más baja fue en Quirófanos.

En el Hospital Rafael Méndez, los alumnos valoraron la capacidad docente de los tutores como buena o muy buena en un porcentaje del 40%, los alumnos sienten que los tutores les valoran en un 85% y respecto al ambiente que se vive en las unidades, donde dicen que trabajan en equipo (80% de satisfacción), sostienen un porcentaje del 90% en el ambiente habitual de trabajo.

En la Facultad del CEU de la Comunidad Valenciana, también estudiaron la satisfacción de los alumnos de Enfermería en el curso 2014/15 relativos a Desarrollo de las Prácticas, los Tutores, la Satisfacción general con unas puntuaciones medias de 1 (min. valor) y 4 (max. valor) destacando las máximas puntuaciones en Desarrollo de las Prácticas, con 3,70 sobre 4 en Moncada, 3,63 también en Desarrollo, en Elche y 3,67 en Castellón, pero esa vez, en Satisfacción General de las Prácticas, puntuaciones que podemos comparar con Lorca, donde los tutores realizan las técnicas de diferente manera por según que profesional la hace y eso ocasiona insatisfacción en la mitad de los alumnos que participan en las prácticas si la comparamos con el desarrollo de las Prácticas en el CEU.

Esto induce a pensar que un ambiente adecuado en el aprendizaje de cualquier disciplina, maxime en el clínico de Enfermería, lo que importa es la adquisición de las competencias de calidad que redunda en el curriculum y la satisfacción de los alumnos es su mejor aval. Las tres universidades de Chipre se unieron para realizar un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional (Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari & Andreou, 2016) sobre el entorno del aprendizaje clínico para asegurar la total satisfaccion de los alumnos por ese entorno, la gran relevancia de los tutores en relación con el mentor de cada alumno así cono la frecuencia de las reuniones. Lo cual vuelve a dar

protagonismo a los tutores como alma mater del aprendizaje de los alumnos de Enfermería.

Pero también se trabaja, como hacen James Bonnamy, Katrina Recoche & Meredith McIntyre (2016), con las enfermeras que supervisan a las estudiantes que demuestran prácticas inseguras, en el sentido de saber cual es la experiencia de la tutora y porque aprueban en esos casos, cuando deberían consensuarlas con expertos. Esas prácticas inseguras podrían estar detrás del ítem número 12 de nuestro cuestionario que reza *He temido equivocarme en alguna tarea o técnica y dañar al paciente,* temor justificado en un principio que debe desaparecer en condiciones normales; de lo contrario, ante esa inseguridad crónica, que es señalada como ítem normal pero que con un 50% de preocupación entre los alumnos habrá que diferenciar, no obstante, que se trate o no de un mal día o de que ese alumno o alumna pertenezca al perfil de alumnos en situación de angustia (casi el 10% en nuestro cuestionario), situación que puede revelar la presencia de estresores bloqueantes de la actividad normal y por ello habría tomar alguna medida inicial para atajar su evolución, en casos leves, se podría comenzar con Terapias Naturales de manera autónoma por su carácter inocuo, pero efectivo.

Precisamente Rodriguez, Puialto, Moure y Quinteiro (2007) en su estudio acerca de las situaciones que producen estrés, valiéndose de un trabajo observacional, tranversal y comparativo en alumnos del curso 2004/5 en Vigo, aplicó los cuestionarios Stai y Kezkat para evidenciar que entre ansiedad rasgo, ansiedad estado y las situaciones estresantes, existe significación en factores y ansiedad estado, no en ansiedad rasgo, es decir, que las situaciones estrés, situaciones intensas de estrés, se pueden relacionar con inseguridad. Es conocido que el bienestar psicológico de los alumnos de Enfermería en un lugar tan distante como Chima, esta deteriorado y no solo en ese país, parece que un inmenso oleaje está contaminando a nivel mundial la resilencia, a la cual no se le presta atención ni al resto de estrategias de afrontamiento para ese problema.

Y de los estudios longitudinales que han tratado el afrontamiento, el estrés y la personalidad de los estudiantes de enfermería, el afrontamiento emocional

fue la estrategia dominante tanto en el principio como en el final del programa que cambió positivamente durante el programa de grado y los tres años de la carrera.

Pero en esos casos aparece como lo más importante el ambiente que se respira en las prácticas que parecen influir en los estados de ansiedad como estresores. En Lorca, los alumnos reconocen estar calmados y tranquilos durante sus prácticas curriculares en un 90% de su tiempo, en cambio, 10% reconocen estar en situación de angustia, donde además de las situaciones comprometedoras, parece cierto, que la personalidad y capacidad de resiliencia en el alumno tiene efectos determinantes. Moreno, Nelly, García, Jahel (2013) dicen que algunos tutores no están al día con los objetivos marcados y en ese descontrol de prácticas y registros dedican poco tiempo al paciente, cuestión que les produce ansiedad.

También es cierto que en muchas ocasiones los alumnos realizan sus prácticas en unidades cerradas o abiertas, en hospitales grandes o pequeños o quizás en centros de salud grandes o pequeños y recónditos, algunas son deseadas otras no apetecibles y se adjudican de cualquier forma pudiendo suceder que lo que en un principio era malo, ahora es bueno. Y eso sucede con Ida T Bjørk, Karin Berntsen, Grethe Brynildsen and Margrete Hestetun (2014) que valoraron las peripecias de los alumnos que realizan sus prácticas en un rotatorio por Salud Mental, Cuidado en el Hogar y cuidados en el Hogar del anciano llegando a la conclusion de la importancia de las practicas clínicas extra hospitalarias, negando las opiniones negativas al respecto pues las valoraciones de los alumnos son similares a las que se dan en el entorno hospitalario.

8. CONCLUSIONES

En primer lugar consideraremos que el mundo de las Prácticas de Enfermería nos ha dejado ver desde lo más alto la capacidad que tiene el ser humano de añadirse a una profesión que lejos de todo utilitarismo se hace positivista ante lo que cada día va a ver, porque transciende. La enfermedad no es un capricho es una parcela de la vida. La salud es un regalo. La muerte un final esperado. A partir del momento que se levanta el telón con el Plan de Acogida, las alumnas y los alumnos van a empezar a crecer como profesionales, si, pero como personas también desde una atalaya que ofrece unas vistas impresionantes y que no están al alcance de cualquiera.

Por otro lado, el creciente aumento de alumnas con respecto a los alumnos da un perfil a la profesión con un sentido especial que ha de valer para desterrar los antigos prejuicios de la profesión y adecuarla a los nuevos tiempos donde la vemos crecer. El género, la edad, el lugar de nacimiento o donde se vive, nos indican tan solo unas variables, la elección de la profesión y el centro de prácticas dan un paso más a hacia la dirección esperada.

También es cierto que la influencia de un ambiente agradable influye en el mejor aprendizaje y por ello una menor incidencia de estresores, el hospital pretende ser un lugar tranquilo y además ser el *lugar antropológico* donde el *ser y el estar* nos configuren, *el lugar* de Augé, que nos represente y el *no lugar* nos alerte. La mayoría de los alumnos del Campus de Lorca dicen que durante las prácticas están calmados, seguros y cómodos, que temen dañar al paciente por su inexperiencia pero que pueden aportar algo al hospital.

Finalmente podemos decir, de acuerdo a los datos obtenidos que ya pasaron los tiempos de la implementación de la Historia Clínica Infornatizada que tantos sinsabores trajo y que ahora, unos años después, aprendiendo alumnos y profesionales, es la gran facilitadora del tabajo que además, permite extraer datos como antes nunca se hizo y que se utilizan para trabajos de Investigación como antes nunca se hicieron. Los estragos de los estresores que los alumnos y alumnas sufren y que se han visto incrementados desde la aparición del Grado

requieren de un entrenamiento serio en resiliencia que será muy útil para toda la vida laboral que promete, además de tranquilidad, sufrimiento siempre que se esté con personas enfermas y casualmente, esa es la ocupación de la alumna y muy pronto de la enfermera.

Esta situación implica la debida formación de los tutores, de acuerdo a un reconocimiento establecido donde la investigación ocupa un lugar privilegiado en la enseñanza del alumno.

Los pacientes y familiares son fundamentales en las tareas de los alumnos, por cuanto que comienzan su adaptación al denomiado estadio real.

La buena relación entre el tutor y los alumnos mejora el proceso de aprendizaje y evita los posibles conflictos.

Por último, en el hospital de Lorca los alumnos y alumnas dicen que los Médicos, las Enfermeras y las Auxiliares de Enfermería les tratan muy bien, que aprenden además de todos ellos, que se brindan en mayor o menor medida según sus posibilidades. Tambien es cierto que asoman ciertas desaveniencias de algunos tutores que no quieren serlo y no facilitan a los alumnos su estancia y opinan que no todos los profesionales ejecutan las técnicas y cuidados del mismo modo, lo que les causa cierta inseguridad. Dicen que no han tenido problemas prácticamente ni con Tutores, ni con Supervisores ni con Médicos, al menos importantes, que se han integrado perfectamente en las Unidades, han empatizado con los pacientes y sus familiares, y que volverían a hacer las prácticas curriculares en este hospital y que les gustaría trabajar, algún día, en él.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones han sido por un lado el tiempo, que no permitía ningún tipo de licencias, si se iban los alumnos y no dejaban los cuestionarios ya no volverían a hacerlos. Los días festivos, fines de semana o puentes, si coincidían con alumnos en prácticas y tenían que entregar los cuestionarios, se perdían por olvidos o pérdidas y jamás se volverían a recuperar.

Por otro lado, ni profesionales ni alumnos tenian demasiada pasión ni en custodiarlos ni hacerlos o entregarlos si nadie se lo recordaba. También es cierto que a los profesionales les bombardeaban a encuestas de todo tipo y a los alumnos, con sus estudios de investigación, no dejaban de hacerlas, asi es que no se podía presionar.

El cambio de trabajo del hospital a Atención Primaria fue motivo para volver a programar el trabajo dado que ya no estaría directamente con los alumnos y no sería posible controlar los tiempos y la multiplicación de alumnos no hacía precisamente fácil implicar a los demás profesionales. El curso académico 2013/14 se quedó incompleto y el 2015/16 fue imposible recuperarlo en cuanto a la compilación de cuestionarios.

10. PROPUESTAS PARA NUEVOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

Con la llegada del Grado de Enfermería y la eclosión de los trabajos de Investigación, los Trabajos de Fin de Grado y presentaciónes a Jornadas y Congresos se ha abierto la autopista de la creación, de los trabajos científicos bien hechos y de la Investigación de verdad.

A lo largo de estos años como doctorando, hemos comprobado, con asombro, cómo el aprendizaje que se ha ido construyendo y la indexación de tantos trabajos han obligado a cambiar el rumbo más de una vez, porque, además, se veía claramente; aunque eso no indicara que se hiciera bien. Pero algo quedaba. Relacionado con nuestro trabajo, creo que tendría muchas opciones de interés los que a continuación describimos.

10.1. Aspectos psicosociales de las relaciones de los profesionales de la salud: un estudio de grupos.

Creemos que como figura esencial en el engranaje de las prácticas clínicas, no se le da la adecuada importancia. Este tratamiento sería de acuerdo a la figura histórica de lo que han significado las tutorías en diferentes círculos donde se tratarían los aspectos psicológicos con el fin de poder manejar los estresores en los alumnos y manejar las situaciones que de ellos derivan.

En este estado de cosas el tutor de hoy día tendría su tiempo exclusivo de dedicación al alumno, remunerado crematísticamente, o no, por medio de días libres u otras estrategias de la dirección, pero siempre entre el Servicio Murciano de Salud y la Universidad; el carácter de reconocimiento universitario para el tutor es fundamental en una posible carrera profesional, donde, además, sería evaluado no solamente por los alumnos sino también por la dirección pertienente. La formación del propio tutor sería una labor exigible de manera que fuera computable a los méritos necesarios para la plaza.

10.2 Percepción de los usuarios ante los alumnos de Enfermería

Otra línea sobre la que consideramos de interés es indagar en el estudio de comportamientos y actitudes de los profesionales que intervienen de alguna manera en la Formación reglada y no reglada y su incidencia de los alumnos desde un estudio de la microsociología y la microculturalidad en un espacio especialmente antropológico.

Tambien se requiere de un repaso histórico de esta figura antes de ser enfermera, cómo se formaba desde las primeras escuelas, sus condicionamientos o su vestimenta.

Se trata de ubicar a los alumnos en el entorno Comunitario como una realidad próxima, lejos de la exclusión de muchos pacientes por su condición de aprendiz y que ayude de una vez por todas a erradicar los prejuicios de la identidad profesional desde una postura que, incluso hoy, las alumnas están obligadas a defender, puesto que desde la prácticas clínicas ya “ejercen” como tales y deben asumir su responsanbiidad y no esperar al día de la graduación.

10.3 La enfermera rural en el siglo XXI

Sería un interesante estudio sobre nuevos campos de actuación que deben incorporarse a los estudios de Enfermería para adaptarse a la demanda actual y futuro próximo, sobre todo en el territorio de Lorca que tiene una enorme dispersión geográfica con muchos nucleos rurales diseminados y poco poblados demasiado alejados del acceso normal a la sanidad.

Lo primordial en este caso sería la investigación y puesta en marcha de nuevos campos de actuación que deberían incorporarse a los estudios de enfermería para adaptarse a la demanda social muy cambiante en

la actualidad, con la enorme extensión del territorio del municipio de Lorca, que aglutina muchos núcleos de población diseminada, hace especialmente interesante esta opción porque, además, es la que se proyecta en el futuro cercano, donde la atención primaria se vislumbra como el eje principal de la sanidad, no sólo por el ahorro de costes económicos sino como beneficio de la población en general.

BLOQUE 4

REFERENCIAS, ANEXOS E ÍNDICES

- Referencias
- Anexos
- Índices de Tablas
- Índices de Figuras
- Índices de Fotograafías

1. REFERENCIAS

Acosta Martín, P., Rueda Medina, M.B., Ramírez Sánchez, M.D., Quero Rufián, A. (2000). La formación integral en actitudes enfermeras. Enfermería, Salud y Sociedad. Análisis actual: Actas de las II Jornadas Científicas de Enfermería Almeriense. pp117-124.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004). Enero. Programa de Convergencia Europea. El crédito europeo. Recuperado de http://www.aneca.es/publicaciones/ docs/publi_ credito%.20euro peo.Pdf.

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2016). Informe de Autoevaluación Grado de Enfermería. Recuperado de http://www.um.es/documents/806161/4027191/Informe+Autoevaluci%C3%B3n+Grado+en+Enfermer%C3%ADa.pdf/8a3c49e2-4998-4216-8d4e-1745380aba45

Alberdi, R. M. (1999). La profesión enfermera en España. Revista Metas de Enfermería, 11:11-17.

Alvarez-Uria, F. (1994). Las instituciones de 'normalización'. Sobre el poder disciplinario en escuelas, manicomios y cárceles. Revista de Pensamiento Crítico, 1:41-49.

Álvaro Estramina, J. L. (2001). Psicología Social de los Valores Humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados. Política y Sociedad, 43 (3): 123-125.

Amaya Ventura, M. L. (1994). Javier Uriz, la subjetividad de la organización, Madrid, Siglo Veintiuno XXI DOCT2064257 _ARTICULO_9-VOLVINUM2.PDF

Amezcua, Manuel. (2009). Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano. Index deEnfermería, 18(2):77-79.Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1132129620 09000200001&lng=es&tlng=es.

Antolín Rodríguez, R., Puialto Durán, MJ., Moure Fernández, ML., Quinteiro Antolín, T. (2007). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería.

Enfermería global, 6(1). Recuperado de
http://revistas.um.es/eglobal/article/view/264/219

Argueta Moreno, J.D. (2013). Liderazgos más efectivos en las empresas desarrolladoras de tecnología de clase mundial. Económica y Administración (E&A), 4 (1): 2946.

Arizmendi Jaime, E. R., Tapia Domínguez, M. y Hernández Márquez, C. H. (2016). Estilos de aprendizaje en alumnos de la Licenciatura en Enfermería. Enfermería Docente, 1 (105): 22-27

Arrogante, O. (2015). Resiliencia en Enfermería: Definición, Evidencia Empírica e intervenciones. Index de Enfermería, 24(4): 232-235.

Arroyo de Cordero G. (2000). Humanismo en Enfermería. Revista de Enfermería IMSS, 8(2):61-63. Recuperado de file:///G:/+DOCTORADO/POR%20TEMAS/MOTIV,%20VALOR HUMA/ Humanismo %20en%20enfermería.pdf).

Asenjo, M.A. (2006). Gestión diaria del Hospital. (3ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

Auge, M. (2006). Los no lugares. Espacios Para el anonimato. Barcelona: Gedisa.

Báez y Pérez de Tudela, J. (2007). Investigación Cualitativa. Madrid: ESIC.

Baños, J.E. y Pérez, J. (2005). Como fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: Una propuesta de actividades. Educación Médica, 8(4):216-225. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1575-181320050005 00006 &script=sci_arttext

Barrera Tyzska, A. (2006). La Enfermedad. Barcelona: Anagrama.

Barret, R. (2001). Liberando el alma de las empresas. Buenos Aires: SMS.

Bass, B. (1985). Leadership and Performance beyond Expectations. New York: The Free Press.

Bass, B. M. y Riggio, R. E. (2006). Transformational Leadership. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Batiz J. (2014). Adecuación del esfuerzo diagnóstico y terapéutico en cuidados paliativos. Gaceta Médica, 111(3): 57-62. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Recuperado de http://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/66

Belda, R. M. (2011). Gestión con corazón. El corazón de la gestión. Santander: SalTerrae.p.

Beldarrain Chaple, E. (2002). Henry E. Sigerist y la Medicina Social Occidental. Revista Cubana de Salud Pública, 28(1): 62-70.

Bell, D. (2006). El advenimiento de la sociedad industrial. Madrid: Alianza.

Beltrán Villalba, M. (1991). La realidad social. Madrid. Tecnos.

Berger, P. Luckman, T. (1986). La construcción social de la realidad. Madrid. Ed. Amorrortu Murguía.

Bernal, J. (2000) Liderar el cambio: El liderazgo transformacional. Anuario de Pedagogía. 2: 197-230. Departamento de Ciencias de la Educación. Universidad de Zaragoza.

Bernal, C.A. (2006). Metodología de la Investigación. (2ª Ed). México: Pearson Prentice Hall.

Blanco Prieto, A. (2008). Aprender a motivar. Barcelona: Paidos Ibérica,

Blumer, H. (1982). Interaccionismo Simbólico, perspectiva y método. Barcelona: Hora S. A.

Boas, F. (1889). On alternating sounds. American Anthropologist, 2(1): pp 47-54.

Boesch, E. (1991). Symbolic action theory and cultural psychology. Heidelberg: Springer. Berlín. (Print) 978-3-642-84497-3 (Online). Recuperado en https://link.springer. com/book/10.1007%2F978-3-642-84497-3.

Boesch, E. (1996). The seven flaws of cross-cultural psychology. The story of a conversion. Mind, Culture and Activity, 3: 2-10.

Boladeras, M. (1993). Libertad y Tolerancia. Éticas para Sociedades Abiertas. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Boladeras, M. (1993). Bioética. Madrid: Síntesis. .

Bonte, P. e Izard, M. (2008). Diccionario Alkal de Etnología y Antropología. Madrid: Akal SA.

Bouche Peris, H. García Amilburu, M. Quintana Cubanas, J. M. y Ruiz Corbella, M. (2008). Antropología de la educación. Madrid: Síntesis.

Bourdieu, P. (1988). La distinción. Madrid: Taurus-Alfaguara.

Bourdieu, P. (2000). Poder, Derecho y Clases Sociales. Bilbao: Desclée.

Boyatzis, R. (1982). The competent manager: a model for efective managers. New York: Ed. Willey.

Brody, H. (1981). Ethycal decisions in Medicine. (2th.ed.Ed.) Boston: Little Brown and Company.

Burns, J. (1978). Leadership. New York: Harper & Row. Recuperado de http://www.scielo.cl/ scielo.php?

Bustamante, J. (1993). Sociedad informatizada ¿Sociedad deshumanizada? Madrid: Gaia.

Cabrero, J. y Richart, M. (2000) Investigar en Enfermaría. Alicante: Universidad De Alicante. Servicio De Publicaciones

Cadoche, L. y Galván, S.M. (2006). Trabajo en equipo. Logro individual: Una experiencia de Aprendizaje Cooperativo en Medicina Veterinaria. Redvet. Revista electrónica de Veterinaria. VII(10) Recuperado de http://www.veterinaria.org/revistas/ redvet /n111106.html.

Campaña Castillo, F. (2016). Nuestra Enfermería Fancine. Recuperado en: http://www.nuestraenfermeria.es/portfolio-items/ferenfer/.

Cano-Caballero, M.D. (2004). Enfermería y Género. Tiempo de reflexión para el cambio. Index Enfe rm octubre, vol.13 nº. 46. Granada. Recuperado de http:// scielo.isciii.es/ scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1132- 12962004000200007.

Cannon, W.B. (1932). The wisdom of the body. New York: W.W. Norton.

Cánovas Tomás, M. A. (2004). Trabajo e ideología de género: Un análisis antropológico de la Enfermería en Murcia. Enfermería Global, 3(2). Recuperado de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/570

Lizcaino, T., Caravaca, B. Rodríguez, F. J. Arias , J. Candel, C. Rodriguez, A. Sánchez, A. M. Estrada, D. y Salmerón, J. A. (2004). Programa de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación y alumnos en prácticas en la Fundación Hospital de Cieza. Enfermería Global. 3(1). Recuperado de http://revistas.um.es/eglobal/article/view/591/613

Carrasco Acosta, M.C. Márquez Garrido, M. y Arenas Fernández, J. (2005). Antropología y Enfermería y perspectiva de género. Cultura de los cuidados, 18: 52-59. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/ 10045/995/1/culturacuidados_18_09.pdf

Cea Ugarte, J. y I. Marcial López, J. A. (1995). Impulsor psicológico "Complace": Influencia en la elección de Enfermería. Rol de Enfermería, 205: 52-55.

Celma Vicente, M. (2007). Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Recuperado de http://hera.ugr.es/tesisugr/1729910x.pdf.

Chinn, P. L. & Jacobs, M. K. (1979). A model for theory development in nursing. Advance in Nurse Science, 1(1): 1-11.

Chocarro González, L.; Guerrero Bonmatty, R.; Venturini Medina, C. Salvadores Fuentes, P. (2004) Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. Cultura de los cuidados, 15, 55-62. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1035/1/culturacuidados _15_10.pdf.

Cockerman W.C. (2002). Sociología de la Medicina. 8ª Ed. Prentice Hall.
Cohen, I.B. (1984). Florence Nightingale Scientific American. 250:128.

Centro de Orientación e Información de Empleo. (2004). Prácticas curriculares.
Recuperado de https://practicas.um.es/practicas/portal-info.du?
Opcmenu =1&seof_codigo =6&sec_ codigo=1&cole_codigo=#cinw_3.

Certeau, M. (2000). La invención de lo cotidiano. Ed. en español. México:
Universidad Iberoamericana. Departamento de Historia.
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.

Cole, M. (1996/1999). Psicología cultural. Madrid: Morata.

Colell Brunet, R. (2005). Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo
al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía
y Cataluña. Universitat Autónoma de Barcelona. Recuperado en
http://www.index-f.com/tesela /ts7/ts7336.php.

Coll, C. y Vals, E. (1992). El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos.
En Coll, C., Pozo, J. I., Sarabia, B. y Valls, E.
Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos,
procedimientos y actitudes (pp. 81-132). Madrid: Santillana.

Colliere, F. (1991). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero.
Revista Notas de Enfermería, 1(9), 53-66.

Comelles, J. M. Martorell, M. A. y Bernal, M. (2008). Enfermería
y Antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados. Barcelona: Icaria.

Competencias en Grado de Enfermería de UMU. (2004).
Facultad de Enfermería. Recuperado de
http://www.um.es/web/enfermeria/contenido/estudios/grados/enfermeria
/competencias.

Consejo General de Enfermería. (1998). Libro Blanco.
La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles.
Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional.
Meta 2005 macro-estudio de base.
Madrid: Consejo General de Diplomados de Enfermería.

Contreras Ganga, F. (2014). Aportaciones teóricas significativas sobre el liderazgo carismático y transformacional. Revista Venezolana de Gerencia 19(67): 456 – 476 Recuperado de http://www.produccioncientificaluz.org/index. php/rvg/article/view/7438/7427.

Corbetta, P. (2007). Metodología y Técnicas de Investigación Social. Madrid: Mcgraw Hill.

Cortina, A. (1993). La persona como interlocutor válido. Virtualidad de un concepto transformado de persona para la bioética, en: La mediación de la filosofía en la construcción de la bioética. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Cortina, A. (2004). Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica. Madrid: Tecnos. Grupo Anaya.

Coulon, A. (1988). La Etnometodología. Madrid: Cátedra.

Cuadra Peralta, A. Veloso Besio, C.(2007). Liderazgo, Clima y Satisfacción Laboral en las Organizaciones. Re. Universum, 2(22): 4056. Recuperado http://www.scielo.cl/ scielo.php?pid= S0718-23762007000200004 &script=sci_ arttext&tlng=pt

Cuevas Santos, C. Martínez González, I. y Baltanas Gentil, F.J. (2006). La gestión por competencias en Enfermería. Madrid: Difusión en Avances de Enfermería.

Cuñado Barrio, A. Sánchez Vicario, F. Muñoz Lobo, M. J. Rodríguez Gonzalo, A. y Gómez Garcías, I. (2011). Valoración de los estudiantes de Enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias. NURE Investigación, 52. Recuperado de http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/535

Davis, A. J. (2006). El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y que debemos cuestionar. Barcelona: Collegi Oficial de Infermeria de Barcelona.

Declaración de Bolonia. (1999). Conferencia de Ministros Europeos de Educación. Recuperado de http://www.eees.ua.es/documentos/ declaracion Bolonia.pdf.

Declaración de la Sorbona. (1998). Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo. Recuperado de http://www.uhu.es/convergencia_europea/documentos/documentos-2006/documento-sorbona-1998.pdf

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/ UDHR_Translations/spn.pdf

De la Colina, M. (1991). Teoría de las Necesidades Humanas de Maslow. Madrid: Díaz de Santos.

Descartes, R. (2012). Discurso del Método. Madrid: Globus.

De Sousa, M. (2001). Análisis de necesidades de entrenamiento basado en el modelo de competencias. Caracas: Universidad Nacional experimental Simón Rodríguez. Recuperado de http://www.monografias. com/ trabajos14 /mocom/mocom.shtml.

Detsky, A. S. (2011). What the Public wants most. JAMA, 306(22). Recuperado de jama.ama-assn.org.

Díaz Rios, E. C. (2006). Percepción que tienen los estudiantes del cuarto año de Enfermería de la UNMSM acerca de la enseñanza del cuidado integral del paciente. La formación integral en actitudes enfermeras. Lima. Perú-2005- (Tesis Licenciatura de Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1021/1/Diaz_re.pdf

Dolan, J. A. Fitzpatric, M.L. y Hermann, E. K. (1983). Nursing in society: a historical perspective. (5ª ed.). Filadelfia: WD Saunders Co.

Donahue, M.P. (1985). Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma.

Durkheim, E. (1950). The rules of the sociological method. New York: The free Press.

Errasti-Ibarrondo, B. Arantzamendi-Solabarrieta, M. y Canga.Armayor, N. (2012). La imagen social de la Enfermería: una profesión a conocer. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 35(2), 269-283. Recuperado de https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009

Escuredo Rodríguez, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de Enfermería desde la perspectiva docente. Enfermería Clínica, 13(3): 164-70.

Espuny Vidal,C. Gonzalez Martinez,J. Lleixa Fortuño, Gisbert Cervera, M. (2011). Actitudes y expectativas del uso educativo de las redes sociales en los alumnos universitarios. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, 8 (1). Recuperado de http://www.raco.cat/index.php/Rusc/ article/ viewFile/225630/306986.

Fajardo Trasobares, M.E. y German Bes, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Índex de Enfermería, 13(46). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid =S113212962011000300008.

Fernández-Cervilla, A. B. Piris Dorado, A. I. Cabrer Vives, M. E. y Barquero Gonzalez, A. (2013). Situación actual de las Terapias Complementarias en España en el Grado de Enfermería. Revista Latinoamericana Enfermagem, 21(3):9. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ rlae/v21n3/e s_0104-1169-rlae-21-03-0679.pdf.

Fernández García, A. Uriarte Larriqueta, T. y Camps Capelastegui, L. (2000). Rol Enfermero: Recordando el ayer para hacer hoy y construir el mañana. Actas de las II Jornadas Científicas de Enfermería Almeriense. (pp. 143-148). Almería: Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones

Fernández Molina, M. A. (2006). Antropología de los Cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería -Transcultural. (Tesis Doctoral). Consejo de Enfermería de la Comunidad

Fernández Salazar, S. (2016). Integración de Internet y las redes sociales en las estrategias de salud. Enfermería Clínica, 26(5): 265-7. Recuperado de http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-integracion-internet-las-redes-sociales-S1130862116 301115.

Fitcher, J. (1982). Sociología. Barcelona: Biblioteca Herder.

Fornés Vives, J. Garcia Banda, G. Frías Navarro, D. Rosales Viladrich, G. (2015). Afrontamiento, el estrés y la personalidad de los estudiantes de enfermería españoles: un estudio longitudinal. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.011

Foucoult, M. (1999). Estética, Etica y Hermenéutica. Barcelona: Paidós.

Foulkes, M.D. (2002). El lugar y el no lugar en la utopía de la ciudad privatizada. Área Digital, 2 . Recuperado de http://arq.unne.edu.ar/publicaciones /areadigital/area5/anteriores/ area2 pdf/foulkes.PDF.

Gasalla, J.M. (2014). La nueva dirección de personas. La dirección por Confianza. (13ª Edición). Madrid: Piramide.

Goffman, E. (2001). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez García C.I. 2010. Cambio de la denominación de las Escuelas Universitarias de Enfermería a Facultades de Enfermería. Cultura de los Cuidados, XIV (27): 7-9.

González, L. A. (2002). Aproximación a la Filosofía de Hegel. Realidad: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 85.p 53-93. Recuperado de http://www.uca.edu.sv/revistarealidad/archivo /4d50478 a 66736aproximacion.pdf.

González González, O. (2008). Percepciones de los estudiantes universitarios frente al liderazgo del docente. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 5(13):37-53.

Goodenought, D. R. (1985). Estilos cognitivos: Naturaleza y orígenes. Madrid: Pirámide,

Gorostidi, X. Z., Iturriotz, M. U., Erize, M. A., y Lasa, M. B. (2003). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Gaceta Sanitaria, 17(1), p 37-51.

Gracia Guillén, y D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastela.

Guerra Martín, M. D. Lima-Serrano y M. Lima-Rodríguez, J. (2016). Opiniones de profesores y estudiantes de enfermería respecto al contenido de las tutorías. Enfermería Global, 15(43):188-199. Recuperado de www. um.es/eglobal/.

Hage, J. (1972). Tecniques and problems in Theory construction in sociology. New York: John Wiley & Sons.

Hanzelicová, A. García López, M. V. Conty Serrano, M.R. López Dávila, B. Barriga Martín, J. M. y Marín Conty, J.L. (2014). Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. Enfermería Global, 33:133-144. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/170641-685381-1-PB.pdf

Hargreaves, A. Earl, L.Y. Ryan, J. (1988). Una educación para el cambio. Reinventar la educación de los adolescentes. Barcelona: Octaedro. Repensar la educación.

Harris, M. (2004). Antropología Cultural. Madrid: Alianza.

Henderson, V. (1961). CIE Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Escuela de Enfermería de Yale. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas nº 57. Connecticut. EUA.

Herder, J. G. (1959). Ideas para una Filosofía de la Historia de la Humanidad. Buenos Aire: Losada.

Hernández Martín, L. (2010). Quemarse por el trabajo: El Burnout surgde la exposición crónica a un estrés laboral persistente. Revista Mente y Cerebro, (40): 50-51.

Hernández Méndez, S., Gutiérrez Aranda, J.M., Salvestrini Rodríguez, M., Hernández Sánchez A. J., Pérez Cortijos, V., Montoya Martínez, G. , De Gracia Gómez, G.,López Montesinos, M.J. (2013). Autopercepción del estilo de liderazgo de los Supervisores del Hospital Rafael Méndez de Lorca. 25 Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras Supervisión de Enfermería. Sevilla.

Hernández Requena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías aplicado en el proceso de aprendizaje. Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento, 5, (2): 26-35.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2007). Fundamentos de Metodología de la Investigación. Madrid: McGraw.

Holmes, T. y Rahe, R. (1967). Escala de Reajuste Social (SRRS).

Holmes,T. H. y Rahe, R.H. (1979) Thesocial Readjustmentscale. Journal of Phychosomatic Research, 11: 213-225.

Huercanos, I. (2013). Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index de Enfermería, 22(1-2): 5-6. Recuperado de https://dx.doi.org/10.4321/S113212962013000100001

Husserl, E. (1996). Meditaciones cartesianas. México FCE.

Hume, D. (2000). Investigación sobre los principios de la moral. Madrid: Alianza Editorial.

Hunter, J.C. (2007). La paradoja. Un relato sobre la verdadera esencia del liderazgo. Barcelona: Urano.

Husserl, E. (1996). Meditaciones cartesianas. México: FCE.

Huxley, T. H. (1902). Evolution and Ethics: And Other Essays (Vol. 9). D. Appleton. Princeton University NY Press.

Bjørk, I. T. ,Berntsen, K. ,Brynildsen, G. and Hestetun, M. (2014). Nursing students' perception of their clinical learning environment in placements outside traditional hospitalsettings. JCN Journal of clinical nursing

Jiménez, A. M. Casas García, L. M. Luengo Gonzalez(2010). Representación del conocimiento y percepción subjetiva de proceso de aprendizaje profesional: Estudio Cualitativo en personal de Enfermería. Educación Médica, 13(3):163-170. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n3 /original2

Joseph, I. (1999). Irving Goffman y la Microsociología. Barcelona: Gedisa.

Kant, I. (1999). Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Ariel.

Boletín Oficial del Estado 153 de 4 de Julio de 2013.
Normativa de prácticas académicas externas
de los estudiantes de Universidad de Murcia. Faltan las paginas

Kohlberg, L. Moral Stages: A Current Formulation and a Response to Critics. (1984). S Karger Publisher.

Kojeve, A. (1994). La idea de la muerte de Hegel. Buenos Aires: Leviatan.

Kojeve, A. (2006). La noción de Autoridad. Buenos Aires: Claves Nueva Visión.

Korstanje, M. (2006). El viaje. Una crítica al concepto de los no lugares. Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social, 10: 211-238.

Laplantine, F. (1965) Antropología de la Enfermedad. Serie Antrolológica. Buenos Aires: Ed. de Sol.

Lazzari, M. (2012). The role of social netorking services to shape the doublé virtual citizens of Young immigrants in Italy. Proceedings of the IADIS International Conference on ITC, Society and Human Beins. Lisbou July pp 21-23. Portugal

Leboeuf, M. y Muro F. (2012). El gran secreto de la Motivación. (3ª ed). Barcelona: Empresa Activa.

Leininger, M, (1992). Current, issues, problems, and trends to avance qualitative paradigmatic research methods for the future. Qualitative Health Research. 2:392-415.

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado 102 del 29 de abril de 1986, pp. 15207-15224.

Ley 41/2002. Ley de Autonomía del paciente.

Ley 41/2002 sobre Instrucciones previas.

Ley orgánica 9/1985 de 5 de julio.
Despenalización del aborto en determinados supuestos.

Lewis, H. (1994). La cuestión de los Valores Humanos:
las seis formas de hacer elecciones que determinan nuestra vida.
Ed. Gesisa. p 23-27. Barcelona.

Lisón Tolosana, C. (2007). Introducción a la Antropología Social y Cultural.
Teoría, método y práctica. Madrid: AKAL.

López-Cruz, V. Hernández-Castañón, M.A. Mendoza-Zamora, A.
Villareal-Ríos, Y. Gasga Ramírez, A (2016). Revista de Enfermería
del Instituto mexicano del Seguro Social, 24(3): 165-70.

López Medina, I. S. Sánchez Criado, V. (2005).
Percepción del estrés en estudiantes de Enfermería
en las prácticas clínicas. Enfermería clínica, 15(6): 307-313.

López Montesinos, M.J. (2004). Revisión cronológica de la enseñanza
de Enfermería en España. Enfermería Global, 5. Recuperado de
http://revistas.um.es/eglobal/article/view/568/587

López Ruiz, J. (2014). Reflexiones en torno a la idea de vocación
como atributo de la Enfermería.

López Ruiz, J. (2000). Reflexiones en torno a la idea de vocación
como atributo de la Enfermería. Enfermería Clínica, 10(5):181-4

Lucas de Almeida Nunes, I. (2012). Resiliencia: Valores de vida y vivencias
académicas en los estudiantes de Enfermería (Resiliência: Valores de
Vida e Vivências Académicas dos Estudantes de Enfermagem).
(Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. Badajoz.

Lucas García, C. (2012). El Trabajo en Equipo: un Estudio de Caso
en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario
Rafael Méndez de Lorca. (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia.

Llapa Rodrigues, E.O. Almeida Marques, D. Lopes Neto, D.
López Montesinos, M.J. & Sousa Amado de Oliveira, A. (2016).
Stressful situations and factors in students of nursing in clinical practice.
(Situaciones y factores de estrés en los estudiantes de enfermería
en la práctica clínica). Investigación y Educación en Enfermería, 34(1),
211-220. https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a23

Malinowski, B. (1984). Una teoría científica de la cultura. Madrid: Sarpe.

Marín, G. (1993). "Ética de la justicia y ética del cuidado", Assemblea de Dones d'Eix, en Portillo Fernández, C. (2005). La teoría de Carol Gilligan. Recuperado dhttp://ficus.pntic. mec.es/~cprf0002/nos_hace/desarrol4.html.

Marín, R. De la Torre, S. (1991). Manual de la Creatividad. Barcelona: Vicens Vives.

Marriner Tomey, A. Rayle Alligood, M. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid:

Elsevier- Mosby.

Martín-Crespo-Blanco, M.C. Salamanca Castro, A.B. (2007). Nure Investigación, Nº 27,

Martinez Martín, M.L. (2007). 30 años de la evolución de la formación enfermera en España. Educación Médica,10(2): 93-96.

Martínez Nieto, J. M. (2004). Vocación en Enfermería. Entre la etnografía cuantificación. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

Maslow, A. (1991). Motivación y Personalidad. Madrid: Díaz de Santos.

Mateo, J. (2000). La evaluación educativa, sus prácticas y otras metáforas. ICE-ORSORY. Universidad de Barcelona. Recuperado de: https://web.ua.es/es/ice/documentos/ recursos/materiales/la-evaluacion-educativa.pdf.

Mateo, J. Martínez, F. (2008): La evaluación alternativa de los aprendizajes. Ed. Octaedro. ICE-UB. Barcelona. Recuperado en http://www.ub.edu/ice/sites/default/files /docs/qdu/ 3cuaderno.pdf.

McClelland, D.C. (1973) Testing for Competencies rather than intelligence. American Psychologist, 28, 1-14.

MEC. (2005). Real Decreto 56/2005, de 21 de Enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado. BOE 21 de 25 de Enero de 2005. Recuperado de http://www. eees. ua.es/documentos /BOE_Estudios-Posgrado.pdf.

MEC. (2005). Real Decreto 1509/2005, de 16 de Diciembre, por el que se modifican el Real Decreto 55/2005, de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado, y el Real Decreto 56/2005, de 21 de Enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. Recuperados de http://www.boe. es/boe/dias/2005/12/20/pdfs/A41455-41457.pdf.

MEC. (2005). Real Decreto 55/2005, de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE 21 de 25 de Enero de 2005. Recuperado, de http://boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf.

Mechanic, D. (1962). Studentes under stress: A study of the social psychology of adaptation. The Free Press.

Medina Moya, J.L. Castillo Parra, S. (2006). La enseñanza de la Enfermería como una práctica reflexiva. Texto Contexto Enfermo, Florianópolis, 15(2):303-11

Mena Manrique, A.M. Méndez Pineda, J.M. (2009). La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa. Aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. Revista Iberoamericana de Educación, 49/3-25.

Mendoza Torres, M.R. (2007). El liderazgo Transformacional, Dimensiones e Impacto en la Cultura Organizacional y Eficacia en las Empresas. Rev. Facultad de Ciencias Económicas, XIV(1): 119-121. Recuperado de https://www.researchgate.net/ publication/ 28141930.

Mills, S. (2013). Sobre la libertad. Colección Filosofía Hoy. Los Grandes pensadores. Madrid: Globus.

Mira, J. J. Rodríguez-Marín, J. Peset, R. Buil, J.A. Vitaller, J. García, A. Pérez-Jover, V. Llinás, G. Casquero, M. Palomar, J. (2002). Buenas prácticas para el hospital del siglo XXI. Universidad Miguel Hernández de Elche. Dirección General para la Atención al Paciente. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Recuperado de http://calite.umh.es/data/docs/110/07-hospital-siglo-XXI.pdf.

Moravec, J. Cobo, C. (2011). Aprendizaje invisible.
Barcelona: Universidad de Barcelona.

Moreno Lax, A. (2013). Éticas de la vida. Murcia: Alezeia.

Moreno Tello, M. A. Nelly Prado, E. y García Avendaño, D. J. (2013).
Percepción de los estudiantes de Enfermeria
sobre el ambiente de aprendizaje durantesus prácticas clinicas.

Revista Cuidarte,4(1): 444-449. Recuperado de <https://www.revistacuidarte.
org/index. php/cuidarte/article/view/3/116>.

Moss, G. E. (1973). Illness, immunity and social interaction.
New York: John Wiley.

Mosteiro García, M.J. (1997). El género como factor condicionante
de la elección de la carrera: Hacia una orientación
para la igualdad de oportunidades entre los sexos.
Revista galego-portuguesa psicoloxia e educación, 1.
Recuperado de: http://hdl.handle.net/2183/6622

Moya Nicolás, M. Larrosa Sánchez, S. López Marín, C. López Rodríguez, I
Morales Ruiz, L. Simón Gómez, Á. (2013).
Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería
ante sus prácticas clínicas.
Enfermería Global, 12(3):244-252. Recuperado de
http://revistas.um.es/eglobal/article/view/166261/149991

Mulens Ramos, I. M. (2014). La Gestión Enfermera desde las dimensiones
del cuidado. La Habana. Facultad de Enfermería Lidia Doce Sánchez.
Recuperado de http://www.aniorte-
nic.net/archivos/trabaj_gestion_ivette.pdf

Mullins, N. (1971). The Art of Theory: Construction and use. New York: Harper
& Row.

Nader, M. y Castro Solano, A. (2007). Influencia de los valores sobre los estilos de liderazgo: un análisis según el modelo de liderazgo transformacional - transaccional de Bass. Universitas. Psychologica. Recuperado de: liderazgo/BASS%20un%20análisis%20según%20el%20modelo%20de%20liderazgo%20transformacional%20-%20transaccional %20de%20Bass.html.

Nightingale, F. (2002). Notas de Enfermería. Qué es y qué no es. Harrison. Masson. Barcelona.

Nogales Espert, A. Hernández Martín, F. (2004). Teoría y método, luces y sombras de la profesión de Enfermería. Aportaciones de género. III Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante 14-16 Junio.

Nogales Espert, A. (2005). Bùsqueda del significado de la Enfermería en su historia actual. Cultura de los Cuidados, 18:5-6.

Normativa de prácticas académicas externas de los estudiantes de Universidad de Murcia. (2003). BORM 153 de 4 de Julio.

Normativa a tutores de la UMU. Lorca. (2016). Normativa de prácticas académicas externas de los estudiantes de Universidad de Murcia. (2003). BORM 153 de 4 de Julio.

Ojeda Pérez, B. Alonso Robaina, M.C. et al. (1990). Enfermería en Las Palmas: ¿Vocación u otros intereses? Rol de Enfermería,142: 59 -61.

Ortega, C., 2012. Oferta y Demanda de Profesionales: Cadena de Valor y Suministro de la Educación Superior. Tegucigalpa: IIES - UNAH, Proyecto OyD, Revista E&A en Argueta Moreno, J.D. (2013). Liderazgos más efectivos en las empresas desarrolladoras de tecnología de clase mundial. Rev. IIES-UNAH. Económica y Administración. 4 (1): 29-45.

Ortiz Molina, S. Sánchez Espejo, R. (2001). Quiero ser Diplomado/a en Enfermería ¿porqué? Enfermería Científica, 236-237: 66-71.

Páez, D. Fernández, I. Basabe, N. y Grad, H. (2002).
Valores Culturales y motivación: creencias de autoconcepto de Ingelis, actitudes de competición de Triandis,
control emocional e individualismo-colectivismo vertical/horizontal.
Revista Española de Motivación y Emociones.
Spanish Journal of Motivation and Emotions, 3: 169-195.

Padilla, M.T. (2002). Técnicas e instrumentos
para el diagnóstico y la evaluación educativa. Madrid. CCS.

Pangrazzi, A. (2001). El grupo lugar de crecimiento. Madrid: San Pablo p. 29.

Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., and Andreou, C. (2016).
Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment:
a research study. BMCNursing, 15:44.
DOI 10.1186/s12912-016-0164-4.

Parrilla Saldaña, J. Guerra Martin, M. D. (2009).
Percepción de los alumnos de Enfermería sobre la función tutorial
en las prácticas. Enfermería Global, 15. www.um.es/eglobal/.

Pautt Torres, G. (2011). Liderazgo y Dirección: Dos conceptos distintos
con resultados diferentes. Rev. fac. cienc. Econom, XIX (I): 215-216.

Pavan Bisón, R.A. Ferrerira Ferrugato, A.R. y Ferreira Santos, J.L.(2007).
La percepción del cuidar entre estudiantes
y profesionales de Enfermería. Índex de Enfermería, 56:30-34.

Pulido Mendoza, R. Aparicio Goñi, I. Más Espejo, M. Tovar Reinoso, A
y Rodriguez García, M. (2008).
Entorno del aprendizaje práctico-clínico.
Percepción de los estudiantes de Enfermería.
IV Jornadas de Innovación Unversitaria. Universidad Europea Madrid.
4-5 septiembre.

Pearlin, L. (1989). The sociological study of stress.
Journal of Health and Social Behavior, 30: 241-256.

Perdiguero E. Comelles J. M. (2000). Medicina y cultura.
Estudios entre la Antropología y la Medicina. Barcelona: Bellaterra.

Pereda Marins, Y. Berrocal Berrocal, F. (1999). Técnica de Gestión de Recursos Humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Pérez, M. Cruz, L. y Rojas M. (2001). Aproximación fenomenológica a las experiencias de aprendizaje clínico de los estudiantes de enfermería. Enfermeras 2001, 38: 19-24.

Pérez Andrés, C. Alameda Cuesta, A. Albeniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en Enfermería en la escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales.
Un estudio cualitativo con grupos de discusión.
Revista Española de Salud Pública, 76,(5): 517-530. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500013&lng=es&tlng=es.

Programa de Seguridad del Paciente en la Región de Murcia. Prevención de la infección nosocomial. Proyecto Higiene de Manos. (2005). Recuperado en https://www.murciasalud. es/ pagina.php?id=153080&idsec=4974

Proyecto Tuning. (2002). The Tuning Educational Structures in Europa Project. Recuperado, de http://www.eees.ua.es/ estructuras _europa /tunning.pdf.

Pulido Mendoza, R. (2010). Entorno en el que se desarrolla el aprendizaje práctico-clínico. Percepción de los estudiantes de enfermería. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2(1):814-834.

Raile, M. y Marriner, A. (2010). Modelos y Teorías en Enfermería. (7ª ed). Barcelona: Elsevier - Mosby.

Ramio Jofre, A. (2005). Tesis doctoral: Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. (Tesis Doctoral). Barcelona.

Registered Nurses´ Association. (2006). Desarrollo y Mantenimiento del Liderazgo en Enfermería. Toronto. Canada: Asociación Profesional de Enfermería de Ontario.

Reglamento de las Prácticas Curriculares de la UMU: BORM 04-07-13.

Robbins, S. (2004). Comportamiento organizacional.
Pearson México: Educación.

Rodríguez-Camero, M. L. Rodríguez-Camero, N. y Azañón-Hernández, R. (2008). La construcción mediática de la Enfermería.
Índex Enferm, 17(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/
scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200 009.

Rodríguez, S. Álvarez, M.Dorio, I. Figuera, P. Fita, E. Forner, A. y Torrado, M. (2004). Manual de Tutoría Universitaria. Recursos para la acción.
Barcelona: Octaedro-ICE.

Rodríguez Trujillo, N. (1999). La medición de las competencias.
Nelson, Ph. D. Escuela de Psicología,
Universidad Central de Venezuela Psico Consult C.A.

Ros, M. Gouveia, V. (coords.) (2001). Psicología social
de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos
y aplicados. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Ros, M. Gouveia, V. (2013). Psicología Social de los Valores Humanos.
Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados.
Madrid: Biblioteca Nueva.

Salamanca Castro, A.B. (2013). El aeiou de la Investigación en Enfermería.
Madrid: Fuden.

Sala Just, J. (1977). Mi botica.
Archivo histórico Municipal de Lorca, p 99-103 y 60-75.

Salazar, M. (2009). La formación en Competencias Profesionales
en el Área de Enfermería. Participante de Doctorado:
Innovaciones Educativas 6ª término UNEFA. Caracas.

Sales Marquez, D. (2013). Documento de Acogida
para la realización de prácticas clinicas de los estudiantes
de ciencias de la salud. Recuperado de:
PLANES%20DE%20ACOGIDA/acogida%20de%20practicas% 20
clinicas.pdf.
Universidad de Cádiz - Dirección General de Ciencias de la Salud

Sandyn, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. International Journal of Clinical and Health Psychology, 3(1): 141-157.

Sanjuán Quiles, A. Ferrer Hernández, M. (2008). Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. Invest Educ Enferm, 26(2):226-235.

Sanmartín Arce, S. (2003). Observar, escuchar, comparar, escribir. Barcelona: Ariel Antropología.

Selye, H. (1956). The stress of life. Mcgraw Hill.

Siles, J. (2000). Antropología narrativa de los cuidados. Alicante: CECOVA.

Siles, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. Índex Enferm 14(50): 1132-1296.

Siles, J. (2011). Historia de la Enfermería. Madrid: DAE.

Siles, J. y Solano Ruiz, M.C. (2009). Antropología educativa de los cuidados: Una etnografía del Aula y las prácticas clínicas. Alicante: Marfil. Serie redes. Universidad de Alicante.

Sistema Europeo de Transferencia de Créditos. (1998). Guía del Usuario Comisión europea. Recuperado de http://europa.eu.int/comm/education /programmes /socrates/ ects/index_es.html.

Solano Ruiz, M.C. Siles González, J. (2013). La figura del tutor en el proceso de prácticas en el Grado de Enfermería. Índex de Enfermería. (Ed. digital) 22(4). Recuperado en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n4/2243.php

Swartz, S. y Bilsky, W. (1987).Toward a theory of the universal content and structure of humen values. Journal of Personality and Social Psychological, 53: 550-562.

Talens Belen, F. Casabona Martinez, (2010). Cultura de los Cuidados I. 2º Semestre. Año XIV - N.° 28. p 28.

Thomas, C.J. (2010). Guía Básica para Mandos Intermedios y Jefes de Equipo (4ª Ed.). Madrid: FC Editorial.

Título de Grado de Enfermería. (2009). Universidad de Murcia.

Tomey, A. M. Alligood, M. R. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. Madrid: Elsevier Mosby.

Torralba Madrid, M. J. Meseguer Liza, C. Lasso De La Vega Terrer, C. y Martinez Millán, S. (2007). Legislación y Ética profesional para Enfermería. Murcia: Diego Marín.

Torres, G.P. (2011). Liderazgo y Dirección. Rev. Fac. Cienc. Econ. XIX (1): 213-228.

Tylor, E. B. (1887). Antropología: Introducción al estudio del hombre y de la civilización. Alta Fulla.

Universidad Cardenal Herrera. Informe resultado de la encuesta de satisfacción de los estudiantes con las prácticas obligatorias en el grado de Enfermería. Unidad de Desarrollo Estratégico y Calidad 2014/2015. Recuperado de: enfermeria-practicas%20DATOS%20ESTADISTICOS %20 del% 20CEU.pdf

Vidal Puértolas, A. (2006). Motivaciones psicosociales del estudiante ingresante a la carrera de Enfermería. Enfermería Global, 9. Recuperado de http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/388/349.

Vilallain Blanco, J. D. (2000). Retos Actuales en Bioética 2. Valencia: Bioética y Universidad. Fundación Mainel.

Vila Gangolells, M. y Escayola Maranges, A.M. (2001). Visión del Estudiante de Enfermería sobre sus prácticas clínicas. Metas de Enfermería, 40: 25-31.

Vizcaya Moreno, M.N. (2005). Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de Enfermería. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante.

Wallas, G. (1926). The art of thought. (El arte del pensamiento). New York: Harcourt, en Pascale, P. (2012). Las fases del proceso creativo de Wallas.https:// creatividadinnovacion.wordpress.com/2012/09/06/el- proceso-creativo-de-wallas/

Wesley , R. L. (1995).Teorías y Modelos de Enfermería. (2ª Ed.). México: Mcgraw-Hill Interamericana.

Wilches Flores, A. M. (2011). La propuesta bioética de Van Rensselaer Potter, décadas después. Universidad Antonio Nariño. Opción, 27(66): 70 – 84.

Zabala Blanco. J. Ruano Gómez. M. (1989). Motivos de la elección de la profesión de Enfermería. Enfermería Científica, 93:7-10.

Zabala Vidiella, A. Arnau Belmonte, L. (2008). 11 Ideas Clave. Cómo aprender y enseñar competencias. Grao 4ª ed. Barcelona.

Zabalegui, A. (2002). Más allá del dualismo cualitativo-cuantitativo. Enfermería clínica, 12 (2):74-79.

Zapico Yáñez F., Blanco Sánchez R., Consul Giribert M y Juanola Pagés, M.ª D. Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas (I). Hospital. Enfermer Clínica,7: p 20-28.

2. ANEXOS. CUESTIONARIOS.

Evaluación Postquirúrgica Nombre: 1

S.T.A.I/E (A)

(Spielberger)

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de frases que normalmente se emplean para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se **SIENTE Ud. en este momento**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, conforme a la siguiente escala:

0.- si la frase no describe **nada** su situación actual.

1.- si la frase describe **algo** su situación actual.

2.- si la frase describe **bastante** su situación actual.

3.- si la frase describe **mucho** su situación actual.

SITUACIÓN ACTUAL	0	1	2	3
1. Me siento calmado …….....	—	—	—	—
2. Me siento seguro …….....	—	—	—	—
3. Estoy tenso.....	—	—	—	—
4. Estoy contrariado.....	—	—	—	—
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)…….....	—	—	—	—
6. Me siento alterado.....	—	—	—	—
7. Estoy preocupado ahora por desgracias futuras.....	—	—	—	—
8. Me siento descansado.....	—	—	—	—
9. Me siento angustiado.....	—	—	—	—
10. Me siento confortable.....	—	—	—	—
11. Tengo confianza en mí mismo.....	—	—	—	—
12. Me siento nervioso.....	—	—	—	—
13. Estoy desasosegado.....	—	—	—	—
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	—	—	—	—
15. Estoy relajado.....	—	—	—	—
16. Me siento satisfecho.....	—	—	—	—
17. Estoy preocupado.....	—	—	—	—
18. Me siento aturdido.....	—	—	—	—
19. Me siento alegre.....	—	—	—	—
20. En este momento me siento bien.....	—	—	—	—

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Cuestionario STAI-V (I)

*S.T.A.I/E (**B**)*

(Spielberger)

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de frases que normalmente se emplean para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se **SIENTE Ud. Cuando ……..** No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, conforme a la siguiente escala:

0.- si la frase no describe **nada** su situación actual.

1.- si la frase describe **algo** su situación actual.

2.- si la frase describe **bastante** su situación actual.

3.- si la frase describe **mucho** su situación actual.

SITUACIóN ACTUAL	0	1	2	3
1. Me siento calmado ……	—	—	—	—
2. Me siento seguro ……	—	—	—	—
3. Estoy tenso	—	—	—	—
4. Estoy contrariado	—	—	—	—
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)…….	—	—	—	—
6. Me siento alterado	—	—	—	—
7. Estoy preocupado ahora por desgracias futuras	—	—	—	—
8. Me siento descansado	—	—	—	—
9. Me siento angustiado	—	—	—	—
10. Me siento confortable	—	—	—	—
11. Tengo confianza en mí mismo	—	—	—	—
12. Me siento nervioso	—	—	—	—
13. Estoy desasosegado	—	—	—	—
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	—	—	—	—
15. Estoy relajado	—	—	—	—
16. Me siento satisfecho	—	—	—	—
17. Estoy preocupado	—	—	—	—
18. Me siento aturdido	—	—	—	—
19. Me siento alegre	—	—	—	—
20. En este momento me siento bien	—	—	—	—

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Cuestionario STAI-V (II)

S.T.A.I/R

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de frases que normalmente se emplean para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor como se **SIENTE Ud. EN GENERAL**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente, conforme a la siguiente escala:

0. Si la frase no describe **casi nunca** su situación actual.
1. Si la frase describe **a veces** su situación actual.
2. Si la frase describe **a menudo** su situación actual.
3. Si la frase describe **casi siempre** su situación actual.

SITUACIóN ACTUAL	0	1	2	3
1. Me siento bien	—	—	—	—
2. Me canso rápidamente	—	—	—	—
3. Siento ganas de llorar	—	—	—	—
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	—	—	—	—
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	—	—	—	—
6. Me siento descansado	—	—	—	—
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	—	—	—	—
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	—	—	—	—
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	—	—	—	—
10. Soy feliz	—	—	—	—
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	—	—	—	—
12. Me falta confianza en mi mismo	—	—	—	—
13. Me siento seguro	—	—	—	—
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	—	—	—	—
15. Me siento triste (melancólico)	—	—	—	—
16. Estoy satisfecho	—	—	—	—
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	—	—	—	—
18. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	—	—	—	—
19. Soy una persona estable	—	—	—	—
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	—	—	—	—

Cuestionario STAI/R

DIRECCION DE ENFERMERIA. UNIDAD DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

GRADO DE SATISFACCIÓN DEL ALUMNO DE ENFERMERIA

UNIDAD DE PRÁCTICAS : AÑO ACADÉMICO:200___ /200___ CURSO:

1. **¿HA SIDO RECIBIDO POR ALGÚN RESPONSABLE DE DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA Y LE HAN EXPLICADO LAS NORMAS EL PRIMER DÍA DE PRÁCTICAS?.**
SI NO

2. **¿HA SABIDO DESDE EL PRIMER DÍA EN QUE UNIDADES IBA A REALIZAR SUS PRÁCTICAS, CUAL IBA A SER SU HORARIO Y QUIENES IBAN A SER SUS TUTORES HOSPITALARIOS .?**
SI NO

3. **¿CÓMO HA SIDO E TRATO RECIBIDO POR LOS DIFERENTES PROFESIONALES HACIA USTED?.**
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO

4. **¿HA RECIBIDO INSTRUCCIONES DE CÓMO SE HA DE DESENVOLVER Y LAS NORMAS INTERNAS DE LAS DIFERENTES UNIDADES?.**
SI NO

5. **¿CÓMO HA SIDO EL TRATO RECIBIDO POR EL SUPERVISOR DE LA UNIDAD HACIA USTED?.**
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO

6. **¿HA SIDO PRESENTADO A LOS DEMÁS PROFESIONALES DE LA UNIDAD?**
SI NO

7. **¿CÓMO HA SIDO EL TRATO RECIBIDO Y LAS EXPLICACIONES DEL TUTOR DE LA UNIDAD?.**
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO

8. **EN GENERAL ¿CÓMO HAN SIDO LAS EXPLICACIONES DE LOS DIFERENTES TUTORES?.**
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO

9. **¿CÓMO HA SIDO EL TRATO CON EL RESPONSABLE DE FORMACIÓN Y DOCENCIA DEL HOSPITAL?.**
MUY MALO MALO NORMAL BUENO MUY BUENO

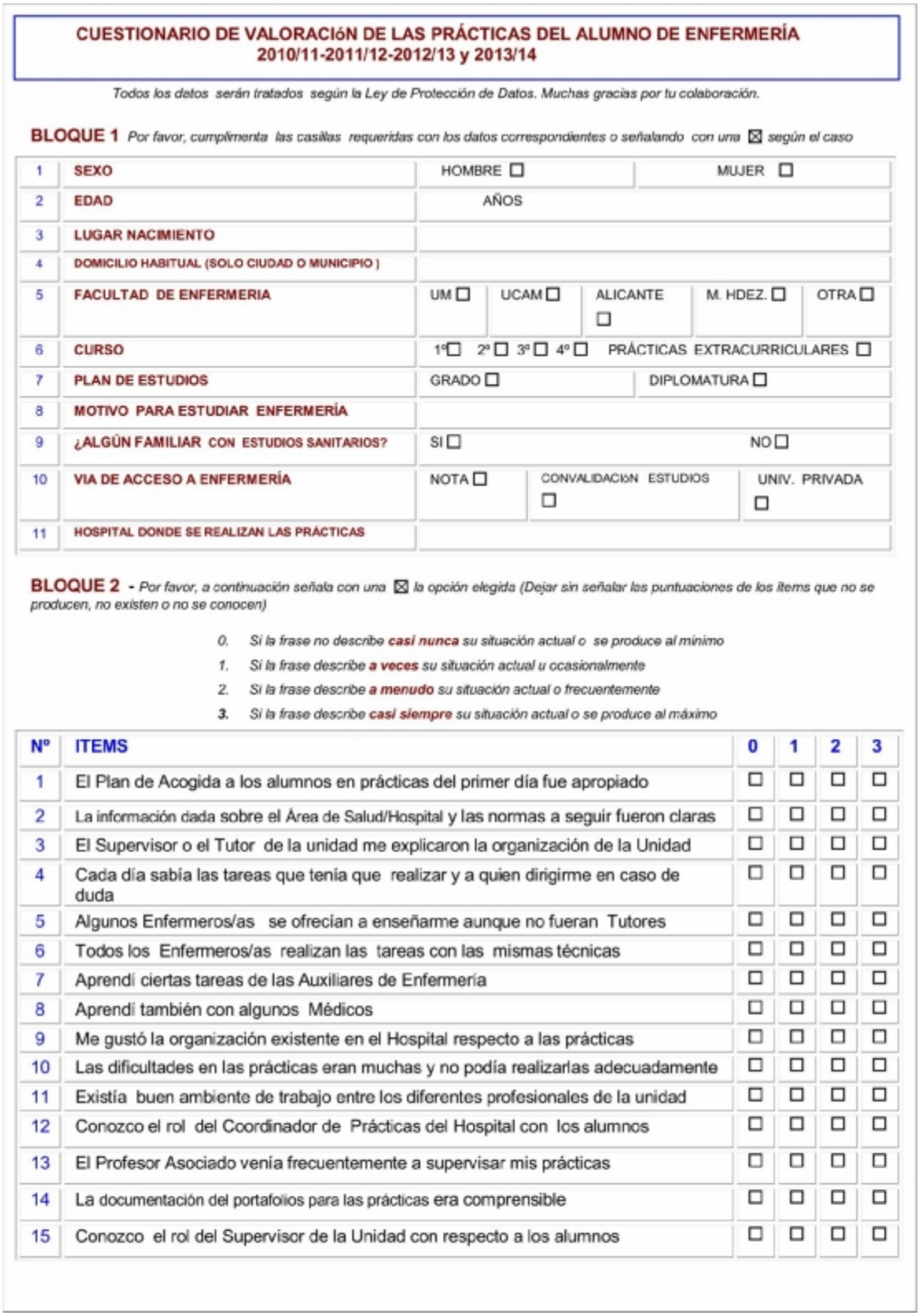
10. **¿HA TENIDO FACILIDAD PARA CONSEGUIR LOS OBJETIVOS FORMULADOS POR LA ESCUELA DE ENFERMERÍA?.**
SI NO

11. **EN GENERAL ¿HAN CUMPLIDO ESTAS PRÁCTICAS LOS OBJETIVOS ESPERADOS?.**
SI NO

12. **¿VOLVERÍA A REALIZAR LAS PRÁCTICAS EN ESTE HOSPITAL?.**
SI NO

SUGERENCIAS

Encuesta de satisfacción alumnos 2004/2010



CUESTIONARIO DE VALORACIóN DE LAS PRÁCTICAS DEL ALUMNO DE ENFERMERÍA
2010/11-2011/12-2012/13 y 2013/14

Todos los datos serán tratados según la Ley de Protección de Datos. Muchas gracias por tu colaboración.

BLOQUE 1 *Por favor, cumplimenta las casillas requeridas con los datos correspondientes o señalando con una ☒ según el caso*

1	**SEXO**	HOMBRE ☐			MUJER ☐	
2	**EDAD**	AÑOS				
3	**LUGAR NACIMIENTO**					
4	**DOMICILIO HABITUAL (SOLO CIUDAD O MUNICIPIO)**					
5	**FACULTAD DE ENFERMERIA**	UM ☐	UCAM ☐	ALICANTE ☐	M. HDEZ. ☐	OTRA ☐
6	**CURSO**	1º☐ 2º ☐ 3º ☐ 4º ☐		PRÁCTICAS EXTRACURRICULARES ☐		
7	**PLAN DE ESTUDIOS**	GRADO ☐			DIPLOMATURA ☐	
8	**MOTIVO PARA ESTUDIAR ENFERMERÍA**					
9	**¿ALGÚN FAMILIAR CON ESTUDIOS SANITARIOS?**	SI ☐			NO ☐	
10	**VIA DE ACCESO A ENFERMERÍA**	NOTA ☐	CONVALIDACIÓN ESTUDIOS ☐		UNIV. PRIVADA ☐	
11	**HOSPITAL DONDE SE REALIZAN LAS PRÁCTICAS**					

BLOQUE 2 - *Por favor, a continuación señala con una ☒ la opción elegida (Dejar sin señalar las puntuaciones de los ítems que no se producen, no existen o no se conocen)*

0. *Si la frase no describe **casi nunca** su situación actual o se produce al mínimo*
1. *Si la frase describe **a veces** su situación actual u ocasionalmente*
2. *Si la frase describe **a menudo** su situación actual o frecuentemente*
3. *Si la frase describe **casi siempre** su situación actual o se produce al máximo*

Nº	ITEMS	0	1	2	3
1	El Plan de Acogida a los alumnos en prácticas del primer día fue apropiado	☐	☐	☐	☐
2	La información dada sobre el Área de Salud/Hospital y las normas a seguir fueron claras	☐	☐	☐	☐
3	El Supervisor o el Tutor de la unidad me explicaron la organización de la Unidad	☐	☐	☐	☐
4	Cada día sabía las tareas que tenía que realizar y a quien dirigirme en caso de duda	☐	☐	☐	☐
5	Algunos Enfermeros/as se ofrecían a enseñarme aunque no fueran Tutores	☐	☐	☐	☐
6	Todos los Enfermeros/as realizan las tareas con las mismas técnicas	☐	☐	☐	☐
7	Aprendí ciertas tareas de las Auxiliares de Enfermería	☐	☐	☐	☐
8	Aprendí también con algunos Médicos	☐	☐	☐	☐
9	Me gustó la organización existente en el Hospital respecto a las prácticas	☐	☐	☐	☐
10	Las dificultades en las prácticas eran muchas y no podía realizarlas adecuadamente	☐	☐	☐	☐
11	Existía buen ambiente de trabajo entre los diferentes profesionales de la unidad	☐	☐	☐	☐
12	Conozco el rol del Coordinador de Prácticas del Hospital con los alumnos	☐	☐	☐	☐
13	El Profesor Asociado venía frecuentemente a supervisar mis prácticas	☐	☐	☐	☐
14	La documentación del portafolios para las prácticas era comprensible	☐	☐	☐	☐
15	Conozco el rol del Supervisor de la Unidad con respecto a los alumnos	☐	☐	☐	☐

Valoración de las prácticas alumnos de Enfermería 2011/2014 (I)

16	La coincidencia de algunos exámenes en fechas de prácticas son adecuadas	☐	☐	☐	☐
17	La coincidencia de algunos seminarios en fechas de prácticas son adecuadas	☐	☐	☐	☐
18	En este Hospital se trabaja en equipo: Médicos, Enfermeros/as y Auxiliares	☐	☐	☐	☐
19	La Enfermería trabaja en Diagnósticos de Enfermería – NIC-NOC con convicción	☐	☐	☐	☐
20	El programa informático (Selene, Gacela, Florence …) es bueno para Enfermería	☐	☐	☐	☐
21	Casi todo el trabajo Enfermero depende de los criterios y/o decisiones médicas	☐	☐	☐	☐
22	Las jerarquías y responsabilidades están muy definidas en Enfermeras y Médicos.	☐	☐	☐	☐
23	Me preocupan los comentarios de los Enfermeros /as sobre la situación de la Enfermería.	☐	☐	☐	☐
24	Tengo claro cual será mi rol en un hospital cuando sea Enfermero/a	☐	☐	☐	☐
25	Creo que la Enfermería tiene un buen futuro como profesión	☐	☐	☐	☐

BLOQUE 3 *Por favor, del mismo modo que el bloque anterior, señala con una ☒ la opción elegida*

Nº	ITEMS	0	1	2	3
1	El trato dispensado por los Enfermeros de la unidad hacia mi fue bueno	☐	☐	☐	☐
2	El trato dispensado por los Médicos de la unidad hacia mi fue bueno	☐	☐	☐	☐
3	El trato dispensado por las Auxiliares de Enfermera hacia mi fue bueno	☐	☐	☐	☐
4	He tenido problemas de integración en alguna unidad	☐	☐	☐	☐
5	Creo que los alumnos/as somos un estorbo para los profesionales	☐	☐	☐	☐
6	Percibo diferencias entre colectivos que perjudican la armonía del equipo	☐	☐	☐	☐
7	Durante la realización de las prácticas me he sentido calmado/a.	☐	☐	☐	☐
8	Durante la realización de las prácticas me he sentido seguro/a	☐	☐	☐	☐
9	Durante la realización de las prácticas me he sentido cómodo/a	☐	☐	☐	☐
10	Durante la realización de las prácticas me he sentido preocupado/a	☐	☐	☐	☐
11	Durante la realización de las prácticas me he sentido angustiado/a	☐	☐	☐	☐
12	He temido equivocarme en alguna tarea o técnica y dañar al paciente	☐	☐	☐	☐
13	He tenido problemas con algún Supervisor/a	☐	☐	☐	☐
14	Creo que como alumno/a puedo aportar algo al Hospital.	☐	☐	☐	☐
15	He tenido problemas con algún Tutor/a	☐	☐	☐	☐
16	He tenido problemas con algún Enfermero/a	☐	☐	☐	☐
17	He tenido problemas con algún Médico	☐	☐	☐	☐
18	Percibo divergencias entre Médicos y Enfermeros/as que me influyen negativamente	☐	☐	☐	☐
19	Enfermería trabaja con Diagnósticos de Enfermería con convicción	☐	☐	☐	☐
20	Prefiero las unidades cerradas (Quirófanos, UCI…) a las abiertas (Hospitalización, Consultas..)	☐	☐	☐	☐
21	El trato humano en este hospital es prioritario hacia los pacientes y familiares	☐	☐	☐	☐
22	La Enfermería se preocupa mas de la tecnología que del trato al paciente	☐	☐	☐	☐
23	Creo que he empatizado bien con los pacientes y familiares	☐	☐	☐	☐
24	Me siento vigilado/a por el paciente y/o familiar debido a mi condición de estudiante	☐	☐	☐	☐
25	Algún paciente o familiar no quiso que le atendiera por ser estudiante en prácticas	☐	☐	☐	☐

Valoración de las prácticas alumnos de Enfermería 2011/2014 (II)

BLOQUE 4 *Por favor, del mismo modo que el bloque anterior, señala con una ☒ la opción elegida*

Nº	ITEMS	0	1	2	3
1	Observé gran independencia en el trabajo de los Enfermeros/as	☐	☐	☐	☐
2	La predisposición de los Tutores/as era buena y asumían perfectamente su rol	☐	☐	☐	☐
3	Los Tutores conocían la metodología y el programa de prácticas	☐	☐	☐	☐
4	Existe buena comunicación entre el Hospital y la Universidad	☐	☐	☐	☐
5	Había grandes diferencias en la capacidad docente de los diferentes Tutores/as	☐	☐	☐	☐
6	Los Tutores tuvieron buen trato con los alumnos y controlaban nuestros avances	☐	☐	☐	☐
7	Los Tutores comentan a menudo la falta de compensaciones por su trabajo de tutor	☐	☐	☐	☐
8	Me sentí valorado/a y animado/a por los tutores por sus comentarios sobre mi	☐	☐	☐	☐
9	En algún momento me sentí despreciado/a y/o ignorado/a por algún Tutor/a	☐	☐	☐	☐
10	Las explicaciones del Tutor/a de la unidad de han sido	☐	☐	☐	☐
11	Las explicaciones del Tutor/a de la unidad de han sido	☐	☐	☐	☐
12	Las explicaciones del Tutor/a de la unidad de han sido	☐	☐	☐	☐
13	Las explicaciones del Tutor/a de la unidad de han sido	☐	☐	☐	☐
14	El tiempo destinado a la realización de las prácticas hospitalarias fue el adecuado	☐	☐	☐	☐
15	Creo que en alguna ocasión nos han utilizado para hacer las tareas de los profesionales	☐	☐	☐	☐
16	Estoy satisfecho/a del modo en que se evalúan las prácticas por los tutores	☐	☐	☐	☐
17	Creo que los Médicos valoran bien el trabajo de los Enfermeros	☐	☐	☐	☐
18	Creo que los Enfermeros valoran bien el trabajo de los Médicos	☐	☐	☐	☐
19	Creo que la relación de Enfermeros y Médicos en este Hospital es buena	☐	☐	☐	☐
20	Al término de las prácticas me reafirmo en mi interés por ser enfermero/a	☐	☐	☐	☐
21	Este Hospital es un lugar agradable para trabajar (Calmado, limpio, tranquilo, bien iluminado…)	☐	☐	☐	☐
22	He tenido todo tipo de facilidades para realizar las prácticas	☐	☐	☐	☐
23	Creo que me faltan mas horas de prácticas y mas tiempo en cada unidad	☐	☐	☐	☐
24	Volvería a hacer las prácticas en este Hospital	☐	☐	☐	☐
25	Me gustaría trabajar en el futuro en este Hospital	☐	☐	☐	☐

SUGERENCIAS, AGRADECIMIENTOS Y/O QUEJAS QUE NO SE REFLEJEN EN ESTA ENCUESTA

Muchas gracias por tu colaboración.
M.A. Sanz Peñalver. Supervisor de Área de Formación y Docencia. H.R.M.

Valoración de las prácticas alumnos de Enfermería 2011/2014 (III)

3. ANEXOS. ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y FOTOGRAFÍAS.

Ø TABLAS

Pág. 30. *Tabla 1* Alumnos de enfermería de los cursos 2003/4 a 200/10. Fuente: Unidad de Formación y Docnecia (UFD). Hospital Rafael Méndez. Excluidos los alumnos en prácticas extracurriculares y fuera de programación.

Pág. 32. *Tabla 2* Asignaturas de Diplomatura en 1º Curso. Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de UMU.

Pág. 33. *Tabla 3* Asignaturas de Diplomatura en 2º Curso. Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de UMU.

Pág. 34. *Tabla 4* Asignaturas de Diplomatura en 3º Curso. Fuente: Secretaría Facultad de Enfermería de UMU

Pág. 35. *Tabla 5* Asignaturas de Grado en 1º Curso. Fuente: Título de Graduado en Enfermería (2009).

Pág. 36. *Tabla 6* Asignaturas de Grado en 2º Curso. Fuente: Título de Graduado en Enfermería (2009).

Pág. 37. *Tabla 7* Asignaturas de Grado en 3º Curso. Fuente: Título de Graduado en Enfermería (2009).

Pág. 38. *Tabla 8* Asignaturas de Grado en 4º Curso. Fuente: Título de Graduado en Enfermería (2009).

Pág. 43. *Tabla 9* Mejoras en la transición de la Diplomatura al título de Grado. Elaboración propia (2016).

Pág. 52. *Tabla 10* Médicos Internos Residentes (MIR) en 2016. Fuente: Gerencia del Área III

Pág. 52. *Tabla 11* Enfermeros Internos Residentes (EIR) en 2016. Fuente: Gerencia del Área III.

Pág. 52. *Tabla 12* Evolución del personal Facultativo, no Facultativo, MIR, EIR y Dirección 2011/2016. Fuente: Gerencia del Área III.

Pág. 53. *Tabla 13* Actividad económica. Fuente: Gerencia del Área III.

Pág. 53. *Tabla 14* Actividad propia del Centro. Fuente: Gerencia del Área III.

Pág. 53. *Tabla 15* En 2016 hubo obras de ampliación en quirófanos y paritorios (menos actividad).

Pág. 55. *Tabla 16* Organigrama de la Dirección de Enfermería.

Pág. 56. *Tabla 17* Plantilla Orgánica de la División de Enfermería (2017). Fuente: Dirección de Enfermería.

Pág. 65. *Tabla 18* Relación entre teóricas Enfermeras. a partir de Marriner Tomey y Raile Alligood, 2007.

Pág. 66. *Tabla 19* Condiciones de los enunciados de las teorías. Autores varios.

Pág. 56. *Tabla 20* Grupos teóricos y sus características principales. El año representa la fecha de publicación de su primera obra, o la más importante. Fuente: Marriner Tomey y Raile. Alligood, 2007.

Pág. 73. *Tabla 21* Algunos participantes en las prácticas curriculares entre los años 2011 y 2014.

Pág. 76. *Tabla 22* Incidencias relacionadas con los alumnos de 2001 a 2016. Fuente: UFD Hospital Rafael Méndez.

Pág. 79. *Tabla 23* Alumnos matriculados en Tercer Ciclo de Enfermería entre 2010 y 2016. Fuente: Secretaría de Enfermería de UMU.

Pág. 81. *Tabla 24* Relación de Tutores de Enfermería. en el período 2010 a 2016.

Pág. 92. *Tabla 25* Fases del proceso creativo de Wallas.
Fuente: G. Wallas (1926). The art of thougt.

Pág. 99. *Tabla 26* Características del aprendizaje según Detsky (2011).

Pág. 128. *Tabla 27* Cuestionario Kezkak simplificado de 4 ítiems.

Pág. 131. *Tabla 28* Peticiones de los pacientes
al Sistema Sanitario. Según Detsky (2011).

Pág. 145. *Tabla 29* Algunos conceptos relacionados con cuidados paliativos.

Pág. 146. *Tabla 30* Clasificación e intervenciones de enfeermer
y Terapias Naturales.

Pág. 159. *Tabla 31* Las características de la Pregunta de Investigación
según Hdez. Pina (1995).

Pág. 168. *Tabla 32* Cronología del Trabajo de Investigación.

Pág. 170. *Tabla 33* Diferencias entre Cualitativa y Cuantitativa
según Cook, T.D. y Retechardt, Ch. (2004).

Pág. 178. *Tabla 34* Estructura de Cuestionario de opinión
de los alumnos en prácticas.

Pág. 180. *Tabla 35* Categorización de variables (0).
Sociodemográficos.

Pág. 181. *Tabla 36* Categorización de variables (I).
Organización.

Pág. 181. *Tabla 37* Categorización de variables (II).
Alumnos.

Pág. 182. *Tabla 38* Categorización de variables (III).
Formación y Tutorías.

Pág. 183. *Tabla 39* Categorización de variables (IV).
Relaciones profesionales.

Págs. 214 a 217. Datos sociodemográficos.

Págs. 217 a 221. Datos: Dimensión organizacional.

Págs. 221 a 223. Datos: Dimensión alumnos.

Págs. 224 a 226. Datos: Dimensión formación y tutorías.

Págs. 227 a 229. Datos: Dimensión relaciones profesionales.

Ø FIGURAS

Pág. 47. *Figura 1* Esquema del Complejo H:G.U. Rafael Méndez. Elaboración propia.

Pág. 48. *Figura 2* Plano de la Planta Sótano. Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.

Pág. 49. *Figura 3* Plano de la Planta Baja. Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.

Pág. 50. *Figura 4* Plano de las Plantas Primera y Segunda. Hospital Rafael Méndez. Elaboración propia.

Pág. 50. *Figura 5* Distribución del Edificio en Consultas. Elaboración propia.

Pág. 94. *Figura 6* Objeto del caring según Comelles, Martorell y Bernal (2009).

Pág. 97. *Figura 7* Pirámide de Necesidades según A. Maslow. (Psicologíalaboral.net)

Ø FOTOGRAFÍAS

Pág. 28. *Foto 1* Cuartel Sancho Dávila en 1925.
Fuente: Archivo Municipal de Lorca.

Pág. 29. *Foto 2* Campos de Ciencias Socio Sanitarias de Lorca.

Pág. 32. *Foto 3* Grupo de Alumnos de la etapa de Diplomatura (2004/2005) después del Plan de Acogida.

Pág. 35. *Foto 4* Alumnos de Grado en el patio del Hospital Rafael Méndez. Plan de Acogida 2013.

Pág. 46. *Foto 5* 1935. Antiguo Hospital de la Beneficencia San Juan de Dios.

Pág. 46. *Foto 6* Antiguo Hospital Santa Rosa de Lima de Lorca.

Pág. 51. *Foto 7* Hospital Rafael Méndez de Lorca.
Fuente: M.A. Sanz