



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL

**LA TUTORÍA ENTRE IGUALES COMO INTERVENCIÓN
COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA
EN EL ÁMBITO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

Anabel Vázquez Rivas

Director: Dr. David Duran Gisbert

2017

Programa de Doctorado Interuniversitario en Psicología de la Educación

Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación

RESUMEN - LA TUTORÍA ENTRE IGUALES COMO INTERVENCIÓN COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO DE LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO DE CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

La empatía es una competencia social y comunicativa compleja, pero indispensable, que debe desarrollar el profesional de enfermería, con la finalidad de cuidar de forma holística al paciente y a sus familiares para poder establecer una relación terapéutica. A pesar de que la literatura reporta que las relaciones terapéuticas basadas en la empatía repercuten positivamente, tanto en el paciente como en el profesional sanitario y en la institución sanitaria en general, en la práctica se sabe poco de ella y se ofrecen pocas oportunidades deliberadas para su desarrollo. Partiendo de que la empatía puede desarrollarse mediante la participación y la reflexión en actividades de interacción social, las metodologías cooperativas pueden ser una buena base para el diseño de propuestas didácticas que permitan y fomenten su desarrollo. La tutoría entre iguales, parejas de estudiantes que aprenden ofreciéndose ayuda mutua durante el proceso de aprendizaje, parece ser un buen marco. Más allá de la revisión exhaustiva de la empatía como competencia en la formación de Enfermería y del aprendizaje cooperativo, especialmente la tutoría entre iguales como metodología de enseñanza y aprendizaje, el trabajo toma como objetivos específicos el diseño de una propuesta didáctica dilatada y de carácter innovador, basada en la tutoría entre iguales, para el desarrollo de la empatía en los estudiantes de Enfermería; con el fin de explorar su potencialidad. Este segundo objetivo, con la puesta en práctica de la intervención diseñada, da lugar a la investigación de la tesis, que opta por un diseño metodológico mixto, secuencial explicativo, combinado un estudio cuasi-experimental con un grupo de comparación, y un estudio cualitativo basado en el análisis de la interacción de las parejas de estudiantes. La muestra la componen 76 alumnos: 40 en el grupo de intervención, y 36, en el de comparación, A diferencia del grupo de comparación, los resultados cuantitativos, a partir de la aplicación en forma de test y post.test del cuestionario de empatía de Jefferson versión para estudiantes, muestran una mejora estadísticamente significativa, especialmente de la dimensión de toma de perspectiva, lo que muestra la efectividad de la intervención diseñada. El análisis de la interacción de las parejas de alumnos señala los tipos de actuaciones dentro de la estructura de las sesiones responsables de dicho progreso, que tienen que ver con la creación de un contexto íntimo dentro de la pareja, de procesos de aprendizaje entre iguales, capacidad de preparar la materia y sintetizar la información, capacidad de formular preguntas para la detección de conocimientos previos y ayudar a activarlos, actitud colaborativa y capacidad de escucha y comprensión dando tiempo para la reflexión. A su vez, este análisis permite identificar aspectos que pueden haber entorpecido el desarrollo de la empatía, relacionados con la falta de comprobación de conocimientos adquiridos y de guiado durante la práctica. Este conocimiento del proceso permite obtener elementos para mejorar la propuesta didáctica, de forma que la comunidad tenga a disposición una intervención para el desarrollo de la empatía basada en evidencias.

Palabras Clave: competencias, enfermería, empatía, relación terapéutica, tutoría entre iguales

ABSTRACT – PEER TUTORING AS A COOPERATIVE INTERVENTION TO DEVELOP EMPATHY IN NURSING SCIENCE

Empathy is a complex but indispensable social and communicative competence. It must be developed by all qualified nurses in order to holistically care about the different patients and their families for the sake of establishing a therapeutic relationship. Although the findings from the literature suggest that empathy-based therapeutic relationships have a positive impact on the patient, the health care professional and the health care institution in general, little is known about it and few deliberate opportunities are offered for its development. Based on the fact that empathy can be developed through participation and reflection in social interaction, cooperative methodologies can be a good basis for the design of didactic proposals that allow and encourage its development. Peer tutoring and students learning in pairs by offering each other mutual help during the learning process seem to be a good framework. The aim of this thesis is the design of an innovative and extended didactic proposal, based on peer tutoring, in order to boost the development of empathy amongst student nurses; so they can explore its potential. This goal goes beyond the exhaustive review of empathy as a competence in nursing training and cooperative learning, especially the peer tutoring. This second goal, with the implementation of the intervention designed, leads to the investigation of the thesis, which opts for a mixed methodological design, sequential explanatory, combined a quasi-experimental study with a comparison group, and a qualitative study based on the analysis of the interaction between the students. The sample is made up of 76 students: 40 in the intervention group and 36 in the comparison group. Unlike the comparison group, the quantitative results, based on a student's version of the application of the empathy questionnaire of Jefferson, shows a statistically significant improvement, especially the perspective-taking dimension, which shows the effectiveness of the designed intervention. The analysis of the interaction between the students shows the kind of interactions in the structure of the session of the progress. It all has to do with the creation of a close contest between the students who work together, the process of learning at the same time, the ability of preparing the matter and synthesize the information, to ask questions to detect the previous knowledge and develop that knowledge, to show collaborative attitude and the ability to listen and understanding, giving time for self-reflection. At the same time, this analysis helps us to find aspects that have hindered the development of empathy, related with the lack of knowledge and having a guide to follow. This knowledge of the process allows obtaining elements to improve the didactic proposal so the community can have an intervention related to empathy based on evidence.

Keywords: Competence, nurse, empathy, therapeutic relationship, peer tutoring

Y no hay otra profesión tan bonita como la nuestra.

A ti, Enfermería, te volvería a escoger por todo lo que me das y me enseñas.

Por apreciar los pequeños detalles de la vida. Por hacer al hombre digno, por luchar cuando hay vida, por ayudar a descansar cuando hay muerte, por enseñarme a cuidar, a cuidarme.

Por poder compartir los últimos recuerdos de muchos y hacerlos míos, por compartir risas, pero también mucho llanto.

Por enseñarme que la vida se va de prisa e inesperadamente y que no vuelve, que estoy aquí para cuidar, para acompañar, para tender esa mano que quizás llega en el peor momento, para dar ese abrazo de apoyo y consuelo.

Gracias por darme la oportunidad de ver la vida como un ahora, de amar incondicionalmente, de aprender a decir te quiero cada día y de dar gracias a la vida por vivir.

(Dedicado a mi profesión, por la que siento devoción, y a mi familia, porque son todo mi mundo).

AGRADECIMIENTOS

Podría empezar diciendo que este trabajo ha sido fruto del esfuerzo y del sacrificio durante este periodo de tiempo, pero preferiría empezar diciendo que este trabajo ha sido fruto de las ganas de seguir aprendiendo, de la ilusión, de la motivación constante, de las ganas de superarme, de conseguir nuevos retos y sobretodo de intentar mejorar mi profesión, la enfermería.

Por ello, en primer lugar, quería agradecer de todo corazón a mi director, David Duran, que creyera en esta idea tanto o más que yo, que me diera la oportunidad de trabajar y aprender de él. Un gran maestro con grandes valores personales que ha sabido apoyarme durante este proceso de aprendizaje, al igual que exigirme y ser riguroso. Gracias David por ser mi compañero y mi mentor durante esta experiencia que, aunque ardua, ha sido preciosa.

En segundo lugar, quería agradecer a mis compañeros y compañeras del GRAI, especialmente a Marta todo el cariño y los ánimos que me ha ofrecido, por su predisposición y ayuda con los datos cuantitativos.

Otro agradecimiento va dedicado a los alumnos que participaron en el presente proyecto haciéndolo posible y a mis compañeros profesores de la UB. ¡Gracias Luis, Javier, María Antonia, Dori, Dolors, David, Laura, Cristian, Ana y Mar por vuestro apoyo incondicional!

Gracias también a mi segunda familia del Hospital Moisés Broggi, quienes siempre se han interesado por la evolución del trabajo y me han respaldado haciéndome más llevaderas las guardias de 24 horas los fines de semana. ¡Sois únicas!

En último lugar, pero no por ello menos importante, quería dar las gracias a mi familia, en especial a mi madre por enseñarme a cuidar, y a mi tío, fuente de inspiración que seguro que desde donde esté se sentirá orgulloso de mí. Gracias a Cristina Oliveira, mi amiga inseparable de tesis y de lo que no es tesis, con quien he compartido este camino, hablando de madrugada porque de día se trabajaba y de noche se escribía. Y en especial gracias a Fran, mi mano derecha, mi otra mitad, que al igual que yo ha compartido la ilusión por hacer posible este proyecto demostrando una paciencia infinita conmigo y un amor incondicional. Gracias Fran por entender mi ausencia, mi impaciencia y aun así seguir a mi lado.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	22
1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.2 PROPÓSITOS Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	23
II. MARCO TEÓRICO.....	30
2.1 EL APRENDIZAJE BASADO EN COMPETENCIAS.....	30
2.1.1 Las competencias en la educación universitaria actual.....	30
2.1.2 Definición de competencia.....	33
2.1.3 Conceptualizaciones próximas al término de competencia.....	37
2.1.4 Clasificación de las competencias.....	39
2.2 COMPETENCIAS DEL GRADO DE ENFERMERÍA.....	43
2.2.1 El Proyecto Tuning.....	43
2.2.2 El Libro Blanco de Enfermería.....	46
2.2.3 Marco normativo de las competencias en Enfermería.....	53
2.2.4 Competencias interpersonales y comunicativas en Enfermería.....	55
2.2.4.1 Relevancia de las competencias interpersonales y comunicativas en sanidad	
2.2.4.2 Conceptos y relaciones de las competencias interpersonales y comunicativas	
2.3 LA EMPATÍA COMO ELEMENTO CLAVE EN LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN TERAPEÚTICA.....	62
2.3.1 Relevancia de la empatía como elemento esencial en la relación paciente - profesional sanitario.....	62
2.3.2 Origen y definición del concepto de empatía.....	67
2.3.3 Características definitorias de la empatía.....	75

2.3.4	La empatía en la relación de ayuda terapéutica.....	80
2.3.5	Variables influyentes en el grado de empatía.....	81
2.3.6	Modalidades de evaluación de la empatía.....	83
2.3.7	Escalas generales para medir la empatía.....	86
2.3.8	Escalas específicas del ámbito sanitario para medir la empatía.....	89
2.3.9	Escalas específicas del ámbito de enfermería para medir la empatía.....	93
2.3.10	Intervenciones para el desarrollo de la empatía en el ámbito sanitario.....	94
2.4	APRENDIZAJE ENTRE IGUALES	104
2.4.1	Tipos de estructuras de aprendizaje social en las aulas.....	104
2.4.2	Dimensiones del aprendizaje entre iguales.....	106
2.4.3	Fundamentos teóricos y mecanismos explicativos del aprendizaje entre iguales.....	108
2.4.3.1	Principales marcos explicativos del aprendizaje entre iguales	
2.4.3.2	Marco teórico integrado del aprendizaje entre iguales	
2.5	APRENDIZAJE COOPERATIVO.....	116
2.5.1.	Conceptualización de aprendizaje cooperativo.....	116
2.5.2.	Componentes esenciales del aprendizaje cooperativo.....	118
2.5.3.	Métodos y técnicas de aprendizaje cooperativo.....	121
2.5.4	Aprendizaje cooperativo y Enfermería.....	127
2.6	TUTORÍA ENTRE IGUALES	131
2.6.1	Conceptualización de la tutoría entre iguales.....	132

2.6.2 Tipología de tutorías entre iguales: diferencia de curso y alternancia del rol.....	133
2.6.3 Beneficios e implementación de la tutoría entre iguales en el aula.....	136
2.6.4 La tutoría entre iguales y Enfermería.....	140
2.6.5 Efectos de la tutoría entre iguales en el ámbito de Enfermería.....	142
III. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	147
3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	149
4. METODOLOGÍA.....	150
4.1 Diseño metodológico de la investigación.....	150
4.2 Muestra: hospitales universitarios y alumnos.....	151
4.3 Intervención: proyecto para el desarrollo de la empatía basado en la tutoría entre iguales.....	153
4.4 Instrumentos de recogida de datos	153
4.4.1 Diseño cuasi-experimental.....	154
4.4.1.1 Auto-cuestionario de empatía de Jefferson	
4.4.2 Análisis del proceso: protocolo documental.....	156
4.4.2.1 Registro audiovisual de las sesiones en pareja	
4.4.2.2 Materiales del aula.	
4.5 Análisis y tratamiento de los datos.....	158
4.5.1 Diseño cuasi-experimental.....	158
4.5.2 Análisis del proceso: análisis de la interacción.....	158

4.6 Procedimiento de la investigación.....	159
4.6.1 Fase inicial.....	159
4.6.2 Fase intermedia.....	160
4.6.3 Fase final.....	161
5. RESULTADOS.....	164
5.1 Resultado 1: Diseño de una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en estudiantes de Enfermería.....	164
5.2 Resultados sobre la potencialidad del proyecto de intervención.....	184
5.2.1 Resultados del estudio cuasi-experimental.....	184
5.2.1.1 Resultados generales del grupo comparación	
5.2.1.2 Resultados generales del grupo intervención	
5.2.2 Resultados del análisis del proceso.....	191
5.2.2.1 Presentación de las dimensiones y factores para el análisis del grado de empatía	
5.2.2.2 Resultados del análisis de la interacción	
6. CONCLUSIONES.....	219
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	234
8. ANEXOS EN FORMATO DIGITAL CD	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Dossier alumno A

Anexo 2: Dossier alumno B

Anexo 3: Tabla de frecuencias total de los factores del primer segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 4. Tabla de frecuencias del primer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

Anexo 5. Tabla de frecuencias total de los factores del segundo segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 6. Tabla de frecuencias del primer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

Anexo 7. Tabla de frecuencias total de los factores del tercer segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 8. Tabla de frecuencias del tercer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning (creación propia, ANECA, 2004).....	42
Tabla 2. Competencias según el orden de importancia otorgado por graduados y directivos en el Proyecto Tuning.....	45
Tabla 3. Competencias según el orden de importancia otorgado por universitarios en el Proyecto Tuning.....	45
Tabla 4. Competencias genéricas (ANECA).....	48
Tabla 5. Resumen de las competencias de Enfermería (Orden CIN 2134/2008).....	55
Tabla 6. Características de la empatía y simpatía, a partir de Hojat (2007).....	77
Tabla 7. Instrumentos de recogida de datos.....	154
Tabla 8. Resultados pre-test y post-test totales del grupo comparación.....	185
Tabla 9. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación.....	185
Tabla 10. Resultados pre-test y post-test totales del grupo comparación turno mañana.....	186
Tabla 11. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación del turno mañana.....	187

Tabla 12. Resultados pre-test y post-test totales del grupo comparación turno tarde.....	187
Tabla 13. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación del turno tarde.....	188
Tabla 14. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención.....	188
Tabla 15. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención.....	189
Tabla 16. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención turno mañana.....	189
Tabla 17. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención turno mañana.....	190
Tabla 18. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención turno tarde.....	190
Tabla 19. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención turno tarde.....	191
Tabla 20. Dimensiones y factores del primer segmento: Aproximación conceptual.....	193
Tabla 21. Dimensiones y factores del segundo segmento: Práctica.....	196
Tabla 22. Dimensiones y factores del tercer segmento: Reflexión.....	198
Tabla 23. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Aproximación conceptual” de las sesiones de las 20 parejas.....	201

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Práctica” de las sesiones de las 20 parejas.....207

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Reflexión” de las sesiones de las 20 parejas.....214

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Competencias según orden de importancia de los diferentes agentes participantes en el estudio del Proyecto Tuning (creación propia).....47

Gráfico 2. Reloj de actividades por sesión (creación propia).....171

INDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Esquema de la sesión 2, pareja de alumnas M-P.....200

Imagen 2. Fotografía de dossier de la Tutora, subrayados los objetivos que su tutorada que debe alcanzar.....213

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación de la investigación

1.2 Propósitos y estructura del trabajo

I. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como enfermera con experiencia en el ámbito hospitalario en diferentes unidades, especialmente en oncología, paliativo y medicina interna, he podido observar el déficit que tiene el personal de enfermería en cuanto a habilidades sociales y comunicativas durante el periodo de inserción laboral, tras la finalización de los estudios de Grado. Este tipo de habilidades resultan clave para enfermería, ya que cuidar a otras personas requiere poder entenderlas, ponerse en su lugar y comprender las necesidades fisiológicas y psicológicas que tienen durante el proceso de enfermedad. Según mi experiencia, si el personal sanitario no posee herramientas para desarrollar sus habilidades interpersonales y comunicativas las consecuencias tienen un triple efecto negativo que afecta a todos los actores que participan en el sistema sanitario: pacientes, profesionales de enfermería, medicina y la propia institución.

Por una parte, supondría un beneficio para el paciente, ya que como en todo proceso de enfermedad, tiene unas necesidades que deben ser suplidas o complementadas, sean fisiológicas, psicológicas o sociales; y un beneficio para el profesional de enfermería, quien debe tener la capacidad de entender cuáles son las necesidades de cada uno de sus pacientes. Esta relación de ayuda no es viable si no se establece una comunicación efectiva, basada en la empatía y en la confianza mutua.

Por otra parte, supondría un beneficio para el equipo de enfermería ya que, como todo grupo humano, sufre ante las reacciones emocionales de las personas con las que trata y a las que cuida. Esto implica al profesional de enfermería a enfrentarse a muy diversas situaciones sociales y emocionales que pueden crear una sobrecarga psicológica, provocando en consecuencia *burnout* y una disminución de la empatía hacia el paciente y sus familiares, así como una falta de trabajo en equipo multidisciplinar. En muchas ocasiones, las situaciones límites que se suelen vivir en planta son complicadas de asimilar a nivel emocional, y esto influye directamente en el trabajo que realiza el profesional de enfermería, además de poder llegarle a influir en su vida personal. Para ello, se precisan herramientas que le ayuden a gestionar situaciones complejas (procesos de duelo en pacientes terminales, muertes inminentes, pacientes agredidos o desatendidos que precisan soporte sanitario urgente y ofrecer soporte familiar), comunicándose,

pudiendo expresar sus sentimientos y pensamientos con el resto de compañeros que le ayudarán a saber llevar la situación, así como aprender a empatizar con el paciente y no simpatizar.

Por último, el sistema sanitario también se beneficiaría si el equipo de enfermería desarrollara este tipo de habilidades, puesto que se demuestra que los pacientes que mantienen una relación de ayuda empática están más satisfechos con el sistema sanitario y su proceso de enfermedad se acorta. Esto supondría un aumento de la satisfacción del paciente y no un nuevo coste económico por ingreso y día ingresado.

Por todas estas razones y beneficios es necesario trabajar las habilidades comunicativas o sociales en el Grado de Enfermería. Actualmente, la competencia interpersonal es transversal y, en ella, en donde se encuentran las habilidades interpersonales y comunicativas. Esto significa que debería desarrollarse en todos los Grados y aprenderse de forma gradual durante los años de estudio universitario.

Desde la perspectiva práctica en el ámbito hospitalario, observamos que es una competencia que no se desarrolla inicialmente, sino que se suele aprender a través de las experiencias que se viven en planta, normalmente experiencias de gran sufrimiento del paciente que suelen afectar a enfermería. Por lo tanto, estas habilidades precisan ser aprendidas con más profundidad, haciendo énfasis en la empatía como un elemento fundamental y utilizando metodologías adecuadas que tengan en cuenta la complejidad y dificultad que supone el aprendizaje de este tipo de habilidades, pero que a la vez son imprescindibles en el Grado de Enfermería. Entre estas metodologías se encuentra la tutoría entre iguales como un recurso que potencialmente puede ayudar a desarrollarlas como ya se ha demostrado en otros campos de estudio.

1.2 PROPÓSITOS Y ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Antes de exponer cómo se estructura el trabajo consideramos muy importante que el lector sepa los propósitos que nos planteamos en el proyecto para así poder entender la coherencia de la estructura que proponemos.

El primer propósito es realizar una revisión profunda sobre los sub-bloques que se presentan en el marco teórico del presente proyecto. Sintetizando estos sub-bloques, y

con la finalidad de ofrecer al lector un marco general de los temas en los cuales se profundizará durante el proyecto, presentamos el primer sub-bloque dedicado a la revisión del conocimiento del aprendizaje basado en las competencias, entendido como una revisión del concepto de competencia y una clasificación de éstas resumiendo el panorama actual del sistema educativo. El segundo sub-bloque está dedicado a la revisión de las competencias específicas en el Grado de Enfermería, profundizando en aquellos estudios que han hecho posible la definición de las competencias en enfermería y afinando la revisión en la relevancia de las competencias interpersonales y comunicativas para la práctica y desarrollo de la empatía en este ámbito. El tercer sub-bloque realiza una revisión específica sobre la importancia de la empatía en la relación terapéutica, aspecto crucial en base al cual gira nuestro proyecto. En el cuarto sub-bloque se realiza una revisión exhaustiva del aprendizaje entre iguales, dentro del cual se encuentra el aprendizaje cooperativo, el cual se desarrolla en el quinto sub-bloque. Y por último, el sexto sub-bloque está dedicado a la revisión del conocimiento sobre la tutoría entre iguales, metodología clave que ha sido empelada en el presente trabajo para desarrollar la empatía.

El segundo propósito del trabajo es diseñar una propuesta didáctica, basada en la tutoría entre iguales, creada como un diseño innovador que permite el desarrollo de la empatía en enfermería. Esta propuesta, basada en la evidencia, entiende la empatía desde tres perspectivas o vertientes: la toma de perspectiva, los cuidados compasivos y ponerse en el lugar del paciente.

Y por último, tenemos como finalidad poner en práctica la propuesta diseñada e investigar la potencialidad de dicha intervención. Para ello, hemos planteado una hipótesis donde los alumnos que pertenecen al grupo intervención presentarán mejoras en el grado de empatía tras la intervención, con resultados estadísticamente significativos, hecho que no ocurrirá en el grupo de comparación. Las preguntas de investigación que hemos desarrollado están relacionadas con estudiar profundamente la empatía teniendo en cuenta estas tres vertientes respectivamente que la forman y que hemos nombrado anteriormente. Así, la primera pregunta planteada estudia qué actuaciones de la pareja mejoran o entorpecen el desarrollo del conocimiento de la empatía, el desarrollo emocional de la misma y la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía.

Una vez conocidos e identificados los propósitos del trabajo, se presenta, a continuación, una explicación sobre la estructura del proyecto.

Este trabajo está estructurado en dos grandes bloques: el primero fundamentado por el marco teórico y el segundo consolidado por el propio trabajo de investigación.

El marco teórico está formado a su vez por seis sub-bloques todos ellos relacionados entre sí hasta llegar a contextualizar la tutoría entre iguales en el ámbito de Ciencias de la Enfermería.

Primero, se presentan las competencias de forma general, tanto profesionales como formativas, llegando a la conclusión de que las competencias deben ser integrales. Tras esta consideración, en el segundo sub-bloque se especifican las competencias transversales y específicas del Grado de Enfermería, tratando en profundidad las competencias interpersonales, dentro de las cuales se encuentran las habilidades sociales y comunicativas y más específicamente dentro de éstas últimas abordamos la empatía.

La empatía como elemento fundamental de las competencias interpersonales resulta el motivo central de nuestro estudio. Es por ello que el tercer sub-bloque se dedica específicamente a estudiarla en profundidad, concretándose finalmente el contexto del ámbito de ciencias de la Enfermería.

En el cuarto sub-bloque desarrollamos el aprendizaje entre iguales hasta determinarlo como método de aprendizaje cooperativo, dando importancia a los intentos de construir un marco teórico integrado. El quinto sub-bloque trata en profundidad el aprendizaje cooperativo como contexto en el cual se desarrollará nuestra práctica hasta relacionar las prácticas educativas dentro del ámbito de aprendizaje de Ciencias de Enfermería.

Cerrando el marco teórico, el último sub-bloque aborda la tutoría entre iguales como intervención para el desarrollo de la empatía. Se trata en profundidad esta intervención y se realiza un estudio exhaustivo en el tiempo sobre este tipo de metodología cooperativa en el ámbito de Enfermería.

Por otro lado, el segundo bloque está compuesto por la investigación con el propósito de estudiar la potencialidad de la tutoría entre iguales, como recurso de innovación en el desarrollo de la empatía durante la formación de las estudiantes de tercer Grado de

Enfermería; y por otro lado, con la finalidad de diseñar una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en los estudiantes de Enfermería.

II.MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1 EL APRENDIZAJE BASADO EN COMPETENCIAS

2.1.1 Las competencias en la educación universitaria actual

2.1.2 Definición de competencia

2.1.3 Conceptualizaciones próximas al término de competencia

2.1.4 Clasificación de las competencias

2.2 COMPETENCIAS DEL GRADO DE ENFERMERÍA

2.2.1 El Proyecto Tuning

2.2.2 El Libro Blanco de Enfermería

2.2.3 Marco normativo de las competencias en Enfermería

2.2.4 Competencias interpersonales y comunicativas en Enfermería

2.2.4.1 Relevancia de las competencias interpersonales y comunicativas en sanidad

2.2.4.2 Conceptos y relaciones de las competencias interpersonales y comunicativas

2.3 LA EMPATÍA COMO ELEMENTO CLAVE EN LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN TERAPEÚTICA

2.3.1 Relevancia de la empatía como elemento esencial en la relación paciente - profesional sanitario

2.3.2 Origen y definición del concepto de empatía

2.3.3 Características definitorias de la empatía

2.3.4 La empatía en la relación de ayuda terapéutica

2.3.5 Variables influyentes en el grado de empatía

2.3.6 Modalidades de evaluación de la empatía

2.3.7 Escalas generales para medir la empatía

2.3.8 Escalas específicas del ámbito sanitario para medir la empatía

2.3.9 Escalas específicas del ámbito de enfermería para medir la empatía

2.3.10 Intervenciones para el desarrollo de la empatía en el ámbito sanitario

2.4 APRENDIZAJE ENTRE IGUALES

2.4.1 Tipos de estructuras de aprendizaje social en las aulas

2.4.2 Dimensiones del aprendizaje entre iguales

2.4.3 Fundamentos teóricos y mecanismos explicativos del aprendizaje entre iguales

2.4.3.1 Principales marcos explicativos del aprendizaje entre iguales

2.4.3.2 Marco teórico integrado del aprendizaje entre iguales

2.5 APRENDIZAJE COOPERATIVO

2.5.1. Conceptualización de aprendizaje cooperativo

2.5.2. Componentes esenciales del aprendizaje cooperativo

2.5.3. Métodos y técnicas de aprendizaje cooperativo

2.5.4 Aprendizaje cooperativo y Enfermería

2.6 TUTORÍA ENTRE IGUALES

2.6.1 Conceptualización de la tutoría entre iguales.

2.6.2 Tipología de tutorías entre iguales: diferencia de curso y alternancia del rol

2.6.3 Beneficios e implementación de la tutoría entre iguales en el aula

2.6.4 La tutoría entre iguales y Enfermería

2.6.5 Efectos de la tutoría entre iguales en enfermería

II. MARCO TEÓRICO

En esta segunda parte, en el Marco Teórico, se abordarán seis grandes bloques tratados con profundidad. El primer gran bloque tratará sobre el aprendizaje basado en competencias, donde se describen y clasifican las competencias de forma general. En el segundo bloque es donde se abordarán las competencias específicas en el Grado de Enfermería hasta perfilar con exactitud la competencia interpersonal y comunicativa. El tercer bloque está destinado a una explicación profunda de la empatía como elemento esencial en la relación y comunicación terapéutica. El cuarto bloque trata en profundidad el aprendizaje entre iguales y ofrece un marco explicativo de éste, hasta llegar al quinto bloque donde se abordará el aprendizaje cooperativo de forma más específica. Por último, el séptimo bloque está dedicado a revisar los trabajos de tutoría entre iguales y los efectos de este tipo de metodología en el ámbito de enfermería.

2.1 EL APRENDIZAJE BASADO EN COMPETENCIAS

En este apartado se describe la evolución del proceso formativo del estudiante universitario desde la educación tradicional, fundamentada en la enseñanza, hasta el contexto actual, basado en el aprendizaje. Además, se define y se desarrolla el concepto de competencia como elemento clave de este cambio de paradigma educativo y las implicaciones que supone el aprendizaje basado en competencias.

2.1.1 Las competencias en la educación universitaria actual

Uno de los cambios centrales que se presenta en el nuevo marco de organización del proceso enseñanza-aprendizaje universitario es la focalización de los procesos formativos en el aprendizaje del estudiante, más concretamente en los resultados de aprendizaje expresados en términos de competencias. Las competencias se convierten en el elemento clave para definir el proyecto curricular, y esto requiere de transformaciones en diferentes niveles de la propia organización de la enseñanza, en el rol del profesor, en la implicación y dedicación de los alumnos, la organización de las unidades didácticas, las actividades educativas, los materiales, los espacios y tiempos, la manera en que se evalúan a los alumnos, en la relación entre profesor-alumno y la relación alumno-alumno (Durá, 2013). Incluso se determina la formación basada en competencias, entendiéndose éstas como un

saber combinatorio entre teoría y práctica en las cuales el estudiante construye la competencia a partir de la secuencia de las actividades de aprendizaje que movilizan múltiples conocimientos especializados (Lacasa y Herranz, 1995). El profesor crea condiciones favorables para la construcción de las competencias de cada alumno, determinando que la persona competente es la que construye saberes efectivos para gestionar situaciones profesionales complejas (Le Boterf, 2005).

En este contexto, Fernández (2006) y Poblete y Villa (2007) presentan una comparativa entre la formación tradicional y la implicación de la formación basada en competencias que nos ayuda a entender los caminos educativos llevados a cabo hasta el momento. Así la formación tradicional está descontextualizada de la realidad, es decir, las necesidades académicas, las profesionales y sociales no siguen un mismo camino. Esta situación conlleva a que la inserción laboral de los graduados resulte desconcertante e incluso se presenten serias dificultades para entender la relación entre lo estudiado y el contexto profesional en el que llevar a cabo los conocimientos adquiridos. Además, se trata de un enfoque basado en la enseñanza donde el elemento clave es la transferencia de la información. Otra característica más de este tipo de formación es que se desconoce el interés que tiene el alumno hacia lo que aprende y no se potencian sus capacidades ni habilidades, sino que se rige por una clase estándar para todos, con un mismo nivel donde la educación individualizada y ajustada a las necesidades de cada alumno no tiene cabida.

En este contexto, el papel del alumno es pasivo, como mero receptor de la información explicada durante las clases magistrales, metodología preferentemente empleada en las aulas y apoyada con el uso del texto escrito. Y, por último, a nivel curricular, los currículums están diseñados de forma fragmentada o compartimentada y resultaban poco flexibles.

Sin embargo, la formación basada en competencias plantea una visión del conocimiento como proceso constructivo, el cual postula que el aprendizaje lo va construyendo el alumno mediante la interacción permanente y continua con los objetos de conocimiento y las relaciones sociales. La formación basada en competencias se centra en las necesidades académicas, pero tiene muy en cuenta las necesidades en el ámbito profesional y las de la sociedad que avanza y se transforma rápidamente. Se trata de una formación con un enfoque centrado en el aprendizaje y en la gestión del conocimiento, donde lo importante

es que el alumno realice una formación integral y permanente durante el transcurso de su vida.

El papel del estudiante pasa a ser activo y actúa como agente de su propio aprendizaje. Las metodologías empleadas en el aula son diversas e innovadoras. Dependiendo de las competencias que se quieran trabajar se potencian unas metodologías u otras, también teniendo en consideración la interacción entre iguales como un elemento beneficioso para el aprendizaje y para la adquisición de habilidades relacionales y comunicativas (Montoya, Sáez, Baños y Gil, 2011). Así, el Consejo de Coordinación Universitaria (2006) señala en su documento de “Propuesta para la renovación de las metodologías universitarias” la importancia de conseguir esa renovación mediante medidas institucionales de impulso (formación, motivación, sensibilización a los docentes y a los alumnos y familiares) formación y ejecución (proyectos piloto, redes o guías, entre otras).

Este nuevo contexto también influye en el rol del profesorado ya que ahora no es sólo transmisor de contenidos, sino que además es facilitador de oportunidades o experiencias de aprendizaje que permiten al alumno progresar en el desarrollo de las competencias seleccionadas previamente (Cano, 2008). Asimismo, el docente debe pensar en cómo pueden aprender los alumnos (como realizan sus procesos de pensamiento) más que exclusivamente en los contenidos conceptuales. Esta idea está muy acorde con la nueva concepción de un currículum integrado y flexible, permitiendo a la sociedad entrar y salir del sistema académico durante el transcurso de su vida siendo un acceso compatible con el mundo laboral. De la misma manera, se parte de la necesidad de potenciar las competencias genéricas, transversales y específicas de cada grado (Yáñez, 2004).

Como conclusión, la formación basada en competencias supone un cambio a nivel organizativo para el estudiante, pero también un cambio docente y social profundo. Las competencias representan una concepción holística del aprendizaje integrado al mundo laboral, teniendo muy en cuenta las necesidades académicas y sociales (Villa y Villa, 2007). Es necesario un proceso de formación que habilite a la persona en conocimientos, destrezas, actitudes, valores en la reflexión y en la investigación sobre la propia práctica de su desempeño, ya sea educativo o profesional. Igual de necesario es el desarrollo de esta nueva concepción educativa basada en el proceso de enseñanza-aprendizaje desde una concepción constructivista, en la que se tiene en cuenta la interacción entre los

individuos y el contexto en el que se interactúa como elementos mediadores del aprendizaje (Villa y Villa, 2007).

2.1.2 Definición de competencia

El concepto de competencia es un término complejo y puede tener múltiples excepciones y matices (Carreras, 2009). Sin una definición que se utilice de forma general y aprobada en consenso por los investigadores de la materia, se puede dar lugar a entender el concepto de diferentes maneras dependiendo del prisma de estudio. Tejada (1999) lo define como un término no unívoco que se ha intentado concretar desde diferentes prismas, como el psicológico, pedagógico, laboral y social, entre otros. Además, en cada definición existen unos supuestos previos que cada autor opera de diferente manera y esto hace difícil la definición compartida del término. Un ejemplo de ello es que el término competencia integra otros conceptos como capacidades, destrezas, habilidades y aptitudes que se utilizan como sinónimos de competencias, dando lugar a no saber finalmente si se está hablando de competencias o de un elemento específico que compone las competencias (Navío, 2005).

Para poder especificar lo que se entiende por competencia a nivel académico se precisa comprender las raíces de este concepto y su utilización en primer lugar en el ámbito profesional.

Así, el concepto de competencia fue definido inicialmente en los años 70 por McClelland (1973). En esta época, y en un contexto empresarial, se creía que una persona competente era aquella que obtenía una mejor puntuación en los test de inteligencia y en los exámenes de conocimiento. Este autor demostró que las personas con mejores resultados no eran las personas más exitosas para la empresa ni las más productivas. El estudio de este fenómeno le llevó a determinar que las características personales, como aptitudes y motivaciones, eran los factores influyentes causantes del éxito de los trabajadores en una empresa. A este conjunto de variables las llamó competencias. También llegó a determinar que las competencias se demuestran en la acción, y, por lo tanto, sólo son evaluables en tanto que haya actividades que impliquen que éstas se lleven a cabo.

Es por ello que, en coherencia con lo que se decía anteriormente, ni los test ni los exámenes de conocimiento sirvieran para evaluar las competencias de una persona. Deben darse situaciones prácticas para desarrollar las competencias y poder mejorarlas,

así como evaluarlas. Esta primera investigación sobre las competencias demuestra que no sólo se trata de conocimientos, sino que además implica habilidades, aptitudes, motivaciones y actitudes de la propia persona.

Partiendo de la base de que el concepto fue empleado en primer lugar en el ámbito laboral, resulta relevante la definición de diferentes autores como Bunk (1994), quien parte de la concepción de que las competencias son aptitudes o capacidades que permiten el desempeño adecuado de la profesión, refiriéndose a que éstas pueden ser competencias formales o competencias reales pero que se necesita de ambas para llevar a cabo un correcto ejercicio profesional. Las competencias formales son las que se adquieren mediante algún tipo de formación que cualifica para el ejercicio de la profesión, mientras que las competencias reales son las que implican capacidad real para resolver determinados problemas. Partiendo de esta premisa, Bunk (1994, pág. 98) define la competencia de tal manera:

“Posee competencia profesional quien dispone de los conocimientos, destrezas y actitudes necesarios para ejercer una profesión, puede resolver los problemas profesionales de forma autónoma y flexible (competencias formales) y está capacitado para colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo (competencias reales)”.

Le Boterf (2001) entiende la competencia profesional como una secuencia de acciones que combinan conocimientos diferentes (saber ser válido, saber movilizar, saber combinar y saber transferir recursos individuales y en red) dando lugar a un esquema operativo aplicable a una serie de situaciones profesionales con una finalidad.

Benavides (2002) describió las competencias como manifestaciones de las actitudes, los conocimientos, las destrezas, las emociones y los factores de personalidad en un desempeño idóneo y eficiente, los cuales son utilizados, manifestados y, por lo tanto, pueden ser observados en la práctica laboral.

Orientando la definición de competencias enfocadas en el ámbito explicativo, Crespo (2010, p.243), teniendo en cuenta otros autores previos de gran relevancia, define la competencia como:

“Valores, actitudes y motivaciones, además de conocimientos, habilidades y destrezas, todo formando parte del ser integral que es la persona, una persona

inserta en un determinado contexto, en el que participa e interactúa, considerando también que aprende eficientemente de manera constante y progresiva a lo largo de su vida”.

El Proyecto Tuning (González y Wgenaar, 2006, pág, 34-35), la definen como:

“Una combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades, donde la promoción de estas competencias es el objeto de los programas educativos. Las competencias cobran forma en varias unidades de curso y son evaluadas en diferentes etapas”.

La definición que presenta este proyecto es un enfoque integrador o también llamado relacional, el cual considera que la competencia es un conjunto estructural complejo e integrado de atributos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) necesarios para la actuación inteligente en situaciones específicas. Otros autores definen este enfoque integrador como la combinación de los elementos siguientes: conocer y aprender (conocimiento teórico de un campo académico), saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa del conocimiento en determinadas situaciones) y saber cómo ser (valores y formas de estar con las otras personas como parte de la sociedad y vivir en un contexto social integrado) (González y Wagenaar, 2006). En esta línea, Crespo (2010) define que las competencias están formadas por tres pilares fundamentales: saber (conocimientos y capacidades intelectuales), saber hacer (habilidades y destrezas transversales) y saber ser (actitudes y valores). Además, Villa y Poblete (2004) añaden que las competencias también constan de saber estar (comunicación interpersonal, entendimiento y comportamiento colaborativo).

Otros autores, amplían los componentes subyacentes a las competencias, y nombran además de habilidades, conocimientos, actitudes y valores, motivos, rasgos y autoconcepto. Así, Díaz (2005) define las competencias desde un flujo de relaciones causales, en el centro de la cual se sitúan las bases de la personalidad, fundamentada por los motivos y los rasgos, que son los componentes a su vez más difíciles de desarrollar. Seguidamente a éstos se encuentran las actitudes, valores y el autoconcepto. Y, por último, de forma más superficial y, por lo tanto, más fácil de ser desarrollados, se encuentran las habilidades y conocimientos. Esta forma de entender las competencias nos ayuda a determinar los componentes más visibles y los menos visibles hasta que no se ponen en acción.

Por otro lado, Lasnier, citado en Tejada (1999), utiliza las competencias, capacidades y habilidades como tres niveles de complejidad en un saber hacer contextualizado. Una competencia está formada por un conjunto de capacidades y éstas por un conjunto de habilidades que son exigidas para una ejecución cada vez más compleja. Las habilidades son un saber hacer simple a partir de conocimientos disciplinares. La capacidad es un saber hacer complejo que integra habilidades. Por último, las competencias son un saber hacer complejo que integra diversas capacidades.

Vista la complejidad de perspectivas y significados sobre el concepto competencia, García (2009) enfatiza en que se pueden identificar elementos comunes y compartidos que se repiten en muchas de las definiciones:

- ✓ El concepto comporta todo un conjunto de conocimientos, habilidades, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido en que el alumno ha de “saber hacer” y “saber estar” para llevar a cabo el ejercicio profesional. El dominio de éstos le hace capaz de actuar con eficacia siendo competente. Aunque existe una diferencia entre ser capaz y ser competente, las competencias implican capacidades sin las cuales no se puede llegar a ser competente; a su vez las competencias logradas aumentan el poder de las capacidades.
- ✓ Las competencias sólo son definibles y demostrables en la acción, lo importante no está en tener los recursos (habilidades, destrezas), sino en la movilización misma de los recursos para actuar logrando el desempeño de una acción. Sitúa a la competencia como hacer y actuar, de modo que la persona no sólo debe saber algo, sino también debe ser consciente de que puede hacer algo con lo que sabe.
- ✓ Las competencias pueden trabajarse en diferentes contextos (experienciales y de aprendizaje), pero siempre en contextos particulares donde se demuestran mediante la acción.
- ✓ Pueden ser innatas, pero también pueden ser adquiridas y potenciadas mediante el aprendizaje e implican un aprendizaje duradero y permanente.
- ✓ Su evaluación no es siempre fácil con lo que se necesitan metodologías y procedimientos adecuados para llevarlas a la acción.

En resumen, las competencias están enfocadas como elementos para el análisis integral y solución de problemas en un contexto particular en el que, a partir de dicho análisis, se

movilizan pertinentemente todos los recursos (conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados en la acción adquiridos a través de la experiencia formativa y profesional) de los que dispone el individuo, para resolver eficazmente el problema específico de forma autónoma y flexible en contextos particulares.

Vista la complejidad del concepto de competencia por la relación que mantiene con otros términos en el uso cercano semánticamente, se describe a continuación diferentes términos empleados como sinónimos o próximos al término de competencia.

2.1.3 Conceptualizaciones próximas al término de competencia

Como hemos visto, el término competencia suele ser confundido o empleado como sinónimo de una gran cantidad de conceptos, que sí guardan relación entre ellos, pero en ningún caso son equivalentes. Tobón (2004) ha realizado un listado entre la diferencia de la competencia con otros conceptos cercanos, de los cuales destacamos a continuación, de acuerdo también con García (2009), los más empleados en la literatura.

- **Conocimientos:** los conocimientos se definen como representaciones mentales sobre diferentes hechos. Los conocimientos pueden ser declarativos o procedimentales. El primero de ellos se refiere a la comprensión y relación de lo que son las cosas y cómo se relacionan entre sí. El segundo hace referencia a cómo se realizan las cosas y está relacionado con el saber hacer. En cambio, las competencias implican conocimientos, pero además implican que esos conocimientos sean puestos en acción con autonomía, autocrítica, creatividad y fines específicos, de forma que integra el qué con el cómo se realizan las cosas.
- **Cualificaciones profesionales:** se refiere a la capacidad general de desempeñar todo un conjunto de tareas y actividades relacionadas con un oficio. A diferencia de las cualificaciones, las competencias enfatizan en el desempeño de procesos personales y profesionales específicos donde lo relevante es la adaptación al cambio, flexibilidad y la idoneidad en el desempeño de actividades. Las cualificaciones profesionales serían un elemento previo a la concepción de las competencias.
- **Capacidades:** son condiciones cognitivas, afectivas, y psicomotrices fundamentales para aprender y que denotan la dedicación a una tarea. Además, representan el desarrollo de las aptitudes. Tejada (1999) lo define como el grado de preparación, saber hacer, conocimiento y pericia de una persona como resultado del aprendizaje.

Las competencias tienen como uno de sus componentes las capacidades con el fin de llevar a cabo una actividad, pero son más que sólo capacidad.

- Destrezas: mediadoras entre las capacidades y las habilidades, cuya adquisición supone el dominio, tanto de la percepción frente a los estímulos como la reacción eficaz para ejecutar la tarea. También son definidas como las habilidades motoras requeridas para realizar ciertas actividades con precisión. Las competencias se componen de destrezas como base para la actuación, pero se diferencian de éstas en que integran el conocimiento, los procedimientos y las actitudes en la búsqueda de objetivos a corto y largo plazo.
- Habilidades: consisten en cualidades que permiten realizar tareas y actividades con eficacia y eficiencia. Las competencias también buscan la eficacia y la eficiencia, pero además integran la comprensión de la situación, conciencia crítica, espíritu del reto, responsabilidad por las acciones y desempeño basado en indicadores de calidad.
- Actitudes: Son las disposiciones afectivas para la acción que constituyen el motor que impulsa el comportamiento en los seres humanos. Inducen a la toma de decisiones y a desplegar un tipo de comportamiento acorde con las circunstancias del momento. Las actitudes forman parte del concepto de competencia (saber conocer, saber hacer, saber estar y saber ser), son el saber ser de las competencias, a la vez que éste está integrado por valores, estrategias psicoafectivas y actitudes. Por lo tanto, las competencias son un proceso de actuación y las actitudes uno de sus componentes.
- Aptitudes: se refieren a potencialidades innatas que cada ser humano posee y que se necesitan desarrollar mediante la educación. A diferencia de éstas, las competencias son actuaciones que se basan en el desarrollo efectivo de las aptitudes y se ponen en acción en situaciones concretas con la finalidad de comprender y resolver problemas.

Otro término que cabe diferenciar es el que Levy-Leboyer (1997) denomina como rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad son los que caracterizan a cada individuo y explican su comportamiento en la ejecución de cualquier acción específica. Sin embargo, las competencias integran rasgos de personalidad, aptitudes y conocimientos adquiridos para llevar a cabo una tarea específica en un contexto determinado.

Finalmente, cabe abordar la dificultad que existe a la hora de operativizar el término de competencia en la planificación curricular. La diferencia entre competencia y otros términos empleados aparece de forma habitual en el ámbito académico como sinónimos,

por ejemplo, objetivos generales, resultados o logros de aprendizaje y estándares (Tobón, 2006). La competencia es un proceso general contextualizado, referido al desempeño del individuo para la realización de una acción determinada y no a un objetivo general. Además, se basan en indicadores de logros como manera de establecer una formación por etapas y se diferencia de los estándares en cuanto a que las competencias indican sus objetivos que hay que alcanzar de forma integral y no de forma específica.

Una vez distinguidos los múltiples términos utilizados como sinónimos de competencia, ya estamos en mejor posición para entender y utilizar este concepto de forma general y más unívocamente.

2.1.4 Clasificación de las competencias

Las competencias han sido clasificadas de diferentes maneras, por diversos autores, debido a las diferentes concepciones a las que ya hemos hecho referencia. A pesar de ello, los componentes clave que conforman el concepto de competencia son compartidos, como ya se ha apuntado anteriormente; esto ha permitido que la clasificación de las competencias a nivel formativo y profesional sea en mayor o menor grado consensuada y similar (Tejada, 1999; ANECA, 2004). Las competencias se han clasificado de la siguiente manera (Tobón 2004):

- Competencias básicas o instrumentales: son aquellas que se adquieren en la formación general, básica u obligatoria; enfocadas a la comprensión y resolución de problemas cotidianos y que permiten, posteriormente, la inserción laboral.
- Competencias genéricas, transversales, intermedias, generativas o generales: se relacionan con capacidades, atributos, actuaciones y actitudes amplias, transversales a distintos ámbitos profesionales.
- Competencias específicas, técnicas o especializadas: se relacionan con aspectos técnicos directamente vinculados con la ocupación y las competencias específicas de una determinada área de estudio que no son tan fácilmente transferibles a otros contextos laborales o académicos.
- Meta-competencias: son competencias genéricas de alto nivel que trascienden a otras competencias y que parecen favorecerlas, mejorarlas o posibilitar la adquisición de otras.

Desde otra óptica, Bunk (1994) considera una tipología de las competencias profesionales en torno a competencia técnica, competencia metodológica, competencia social y competencia participativa, cuya integración de todas ellas forma la competencia de acción. Siguiendo la idea del autor, la competencia técnica se refiere al dominio que tiene el individuo como experto de tareas y contenidos de su ámbito de trabajo, así como los conocimientos y destrezas necesarios para ello. En segundo lugar, posee competencia metodológica aquel individuo que sabe reaccionar ante una situación aplicando el procedimiento adecuado a la tarea a realizar y con capacidad de resolver irregularidades que se puedan presentar, encontrando soluciones de forma independiente y transfiriendo adecuadamente las experiencias adquiridas a otros problemas de trabajo. La competencia social es aquella que posee aquel que sabe colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva, mostrando un comportamiento cooperativo y un entendimiento interpersonal. Y, por último, la competencia participativa se refiere a la capacidad de participar en la organización de su puesto y entorno de trabajo, siendo capaz de organizar, decidir y asumir responsabilidades.

Pero estas clasificaciones resultan algo difíciles de gestionar cuando se trata de estructurar perfiles profesionales que integren tanto conocimiento teórico como práctico, además de desarrollar cualidades personales esenciales para superar las dificultades que se presenten en el ámbito laboral y también social. Es por ello que la clasificación que ofrece el Proyecto Tuning y otros autores son la manera en que actualmente se clasifican las competencias a nivel profesional en el sistema educativo universitario (Crespo, 2010; Durá, 2013; ANECA, 2004). Siguiendo en esta línea, el Proyecto Tuning establece dos tipos de competencias en el ámbito universitario, las competencias transversales o genéricas y las específicas.

A) Competencias transversales o genéricas

Son aquellas que son transferibles y comunes a cualquier perfil profesional. Por tanto, son todas aquellas que deben ser adquiridas por los universitarios independientemente de los estudios que cursen. Estas competencias se clasifican en tres grupos: instrumentales, interpersonales y sistémicas, todas ellas necesarias para el desempeño de la vida en general, pese a que en función de la profesión escogida se potenciarán unas subcompetencias más que otras. Los tres grupos se presentan en la Tabla 1, y engloban un total de 30 competencias presentadas.

- Competencias instrumentales

Son aquellas utilizadas como función instrumental, de herramienta. Suponen una combinación de habilidades manuales y capacidades cognitivas que posibilitan la competencia profesional. Incluyen destrezas en manipular ideas y el entorno en el que se desenvuelven las personas, habilidades artesanales, destrezas físicas, comprensión cognitiva, habilidad lingüística y logros académicos.

- Competencias interpersonales

Suponen habilidades personales e interpersonales. Se refieren a la capacidad, habilidad o destreza en expresar los propios sentimientos y emociones del modo más adecuado y aceptando los sentimientos de los demás, posibilitando la colaboración con objetos comunes. Estas destrezas implican capacidades de objetivación, identificación e información de sentimientos y emociones propias y ajenas que favorecen procesos de cooperación e interacción social.

- Competencias sistémicas

Suponen destrezas y habilidades relacionadas con la totalidad de un sistema. Requieren una combinación de imaginación, sensibilidad y habilidad que permita ver cómo se relacionan y conjugan las partes de un todo. Estas competencias incluyen habilidades para diseñar nuevos sistemas y planificar cambios que introduzcan mejoras. Previamente requieren haber adquirido competencias instrumentales e interpersonales ya que estas dos son la base que constituye las competencias sistémicas.

A continuación, se muestra en la tabla 1 siguiente las competencias genéricas transversales que a su vez están subdivididas en los grupos ya descritos. Dentro de cada una de esta subdivisión se recopilan las competencias, desde un perfil profesional de enfermería, en orden de importancia según el estudio realizado y publicado en Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2004).

B) Competencias específicas

Son aquellas propias del área, la titulación o la asignatura y otorgan lo propio y distintivo de la profesión, derivadas de las exigencias de un contexto de trabajo específico y se encuentran en los diferentes ámbitos:

- **Ámbito de conocimientos:** se refiere a la adquisición de conocimientos, técnicas y teorías pertenecientes a una profesión concreta.
- **Ámbito profesional:** son habilidades comunicativas y el saber hacer dentro de la profesión.
- **Ámbito académico:** se incluye el saber cómo hacer, las habilidades de investigación y de comunicación.

COMPETENCIAS GENÉRICAS TRANSVERSALES
Proyecto Tuning (2004)

COMPETENCIAS INSTRUMENTALES	COMPETENCIAS INTERPERSONALES	COMPETENCIAS SISTÉMICAS
1. Resolución de problemas.	1. Trabajo en equipo.	1. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
2. Conocimientos básicos de la profesión.	2. Compromiso ético.	2. Motivación de logro.
3. Toma decisiones.	3. Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar.	3. Capacidad de aprender.
4. Conocimientos generales básicos.	4. Capacidad crítica y autocrítica.	4. Preocupación por la calidad.
5. Capacidad de análisis y síntesis.	5. Capacidad para comunicarse con expertos de otras áreas.	5. Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
6. Capacidad de organizar y planificar.	6. Habilidades interpersonales.	6. Habilidad para trabajar de forma autónoma.
7. Comunicación oral y escrita en la propia lengua.	7. Apreciación de la diversidad y multicultural.	7. Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
8. Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de fuentes diversas).	8. Habilidad de trabajar en un contexto internacional.	8. Iniciativa y espíritu emprendedor.
9. Habilidades básicas de manejo del ordenador.		9. Habilidades de investigación.
10. Conocimiento de una segunda lengua.		10. Diseño y gestión de proyectos.
		11. Liderazgo.
		12. Conocimiento de culturas y costumbres de otros países.

Tabla 1. Competencias Genéricas Transversales. Proyecto Tuning (creación propia, ANECA, 2004)

En tercer lugar, existe otro tipo de competencias que son las denominadas competencias nucleares, las cuales son propias de la universidad y otorgan el

sello de identidad institucional. Cada universidad determina una serie de competencias que ofrece de forma exclusiva al alumnado y que el estudiante debe conocer qué competencias de este tipo oferta cada universidad para poder escoger mejor dónde querrá estudiar.

Siguiendo con las competencias específicas de cada titulación, el presente proyecto se centrará en aquellas competencias correspondientes al Grado de Ciencias de la Enfermería, que se sintetizan en el apartado siguiente.

2.2 COMPETENCIAS DEL GRADO DE ENFERMERÍA

Los documentos referentes que han sido objeto de apoyo bibliográfico y cuyos resultados han comportado las bases necesarias para el establecimiento y el diseño final de las competencias en los nuevos títulos de Grado de Enfermería en España han sido por orden cronológico el Proyecto Tuning, el Libro Blanco de Enfermería, el Real Decreto 1393/2007 y la Orden Ministerial CIN 2134/2008, teniendo en cuenta las aportaciones del marco de competencias del CIE para la enfermera generalista (Alexander, 2003). Analizaremos con mayor interés las habilidades interpersonales, dentro de las cuales se engloba la empatía.

2.2.1 El Proyecto Tuning

El Proyecto Tuning (2003, 2006) se diseñó con la idea, entre otras, de ser una plataforma de discusión conjunta a nivel europeo de las competencias que los alumnos debían poseer, teniendo en cuenta la visión de agentes no académicos como graduados y empleadores. Conocer qué competencias son más relevantes para estos grupos ofrecería una visión global de las competencias que se esperan y que son necesarias que el alumno posea para la integración en el mundo laboral y para el crecimiento personal, así como profesional.

Se utilizaron dos cuestionarios para conocer la opinión de graduados (profesionales asistenciales), empleadores (considerados como las direcciones de las universidades) y académicos (profesores de cada universidad participante en el proyecto) en cuanto a las competencias que resultaban cruciales y que debían formar parte de la educación como

competencias transversales: uno dirigido a empleadores y graduados (mundo laboral) y otro dirigido a profesores (ámbito académico).

Este cuestionario se elaboró a partir de veinte estudios de campo de competencias genéricas de las cuales se obtuvieron una lista de 85 competencias diferentes clasificadas en tres grupos: competencias instrumentales, interpersonales y sistémicas. Tras este primer listado se elaboró el listado definitivo, el cual se acotó a la representación de 30 competencias recogidas en el apartado posterior.

Específicamente, el grupo de competencias interpersonales es el que resulta de mayor relevancia en el ámbito de la Enfermería, por tener un valor elemental en la aplicación del ámbito profesional enfermero.

Las competencias interpersonales fueron las más mencionadas en las fuentes (con una representatividad del 41%) *versus* las competencias instrumentales (38%) y las competencias sistémicas (21%). Pero a la hora de considerar la frecuencia en que se operativizaban se pasó del 41% al 22% *versus* las competencias instrumentales que pasaron del 38% al 46%, y las competencias sistémicas de un 21% al 32%.

Según las conclusiones a las que llega el proyecto, este cambio se debe a que las competencias interpersonales son muy amplias y muy dispersas. Un ejemplo de ello es que incluyen desde aspectos personales (concepto de sí mismo, confianza en sí mismo, autocontrol, etc.) a aspectos interpersonales (comunicación interpersonal, compromiso social, estilo de comunicación cara a cara, etc.).

Tras el análisis de los resultados de ambos cuestionarios se obtuvieron conclusiones sobre cuáles eran las cinco competencias más relevantes para los graduados y directivos (mundo laboral). Ordenadas por importancia los resultados obtenidos fueron los lo que sintetiza la tabla 2.

Concretamente, dentro de las competencias interpersonales cabe destacar las habilidades interpersonales como herramienta fundamental para la buena praxis en Enfermería. Las habilidades interpersonales fueron la competencia que ocupó el sexto puesto, detrás de competencias (también incluidas en el sexto puesto) de planificación y gestión del tiempo, comunicación oral y escrita en la propia lengua, y por delante de la competencia de motivación de logro.

Puesto número	COMPETENCIAS
1	Capacidad de análisis y síntesis
	Capacidad de resolver problemas
	Capacidad de aprender
2	Capacidad de aplicar conocimientos en la práctica
3	Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones
	Preocupación por la calidad
4	Habilidades de gestión de la información
	Habilidades para trabajar de forma autónoma
5	Trabajo en equipo

Tabla 2. Competencias según el orden de importancia otorgado por graduados y directivos en el Proyecto Tuning

Por otro lado, los resultados de los cuestionarios realizados por los académicos fueron los mostrados en la tabla 3.

Puesto número	COMPETENCIAS
1	Conocimientos generales sobre el área de estudio
	Capacidad de análisis y síntesis
2	Capacidad de aprender
3	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad)
	Capacidad de aplicar conocimientos en la práctica
4	Capacidad crítica y autocrítica
	Capacidad de adaptarse a nuevas situaciones
	Conocimientos básicos de la profesión
5	Comunicación oral y escrita en la propia lengua
	Capacidad de trabajar en un equipo interdisciplinar

Tabla 3. Competencias según el orden de importancia otorgado por universitarios en el Proyecto Tuning

En cuanto a las competencias interpersonales ocuparon un séptimo puesto, detrás de competencias (también incluidas en el séptimo puesto) toma de decisiones y compromiso ético, y por delante de la competencia de conocimiento de una segunda lengua.

Estos resultados muestran cómo las competencias interpersonales y comunicativas son de gran relevancia, ocupando el sexto y séptimo puestos correspondientes de las treinta competencias totales, según diversas universidades europeas. Además, este estudio sirvió para conocer y reflexionar sobre la importancia que tenía cada competencia de forma

global en todas las disciplinas universitarias, atendiendo a una visión académica y a una visión laboral que, tal y como demuestran los resultados, es muy similar excepto en algunas competencias como la competencia de conocimiento general básico, habilidades informáticas elementales y habilidades interpersonales. A partir de aquí se hicieron modificaciones en los Planes de Estudio de cada disciplina. Que sirvieron como fuente de información del Libro Blanco. En el caso que nos ocupa, el Libro Blanco de Enfermería.

2.2.2 El Libro Blanco de Enfermería

El Libro Blanco de Enfermería (ANECA, 2004) supone una adaptación de las conclusiones del Tuning al ámbito de la enfermería. En relación al análisis realizado del Tuning en el apartado anterior, en el presente apartado se analiza la importancia de cada una de las competencias transversales en relación con los perfiles profesionales de enfermería siguiendo el modelo del grupo Tuning. Al igual que en el proyecto Tuning, el Libro Blanco de Enfermería también realizó una clasificación de las competencias transversales y las específicas que se explican a continuación, teniendo en cuenta que el cuestionario fue rellenado por académicos (profesores de cada Universidad donde se impartía la carrera de Enfermería participante en el proyecto), empleadores (direcciones de enfermería) y profesionales asistenciales de entre 5 y 10 años de experiencia como profesionales de enfermería.

Se recogieron 2105 encuestas de profesionales, los cuales representan un 48% de los participantes totales; directivos, un 16,2% y el 32,6% a los profesores, con una pérdida de muestra del 3,1%.

El estudio muestra resultados relacionados con la valoración de las competencias consideradas como más importantes, según los tres grupos de participantes y los mostramos resumidos en el gráfico I que aparece a continuación. Al final de cada selección de las cinco competencias más relevantes para profesionales, directivos y profesores, se informa del puesto que ocupó las competencias interpersonales y comunicativas en el estudio.

A diferencia del Proyecto Tuning, las habilidades interpersonales ocupan puestos inferiores en la clasificación realizada por el Libro Blanco de Enfermería, pasando de su

competencia en el sexto o séptimo puesto a una competencia por debajo de la décima posición.

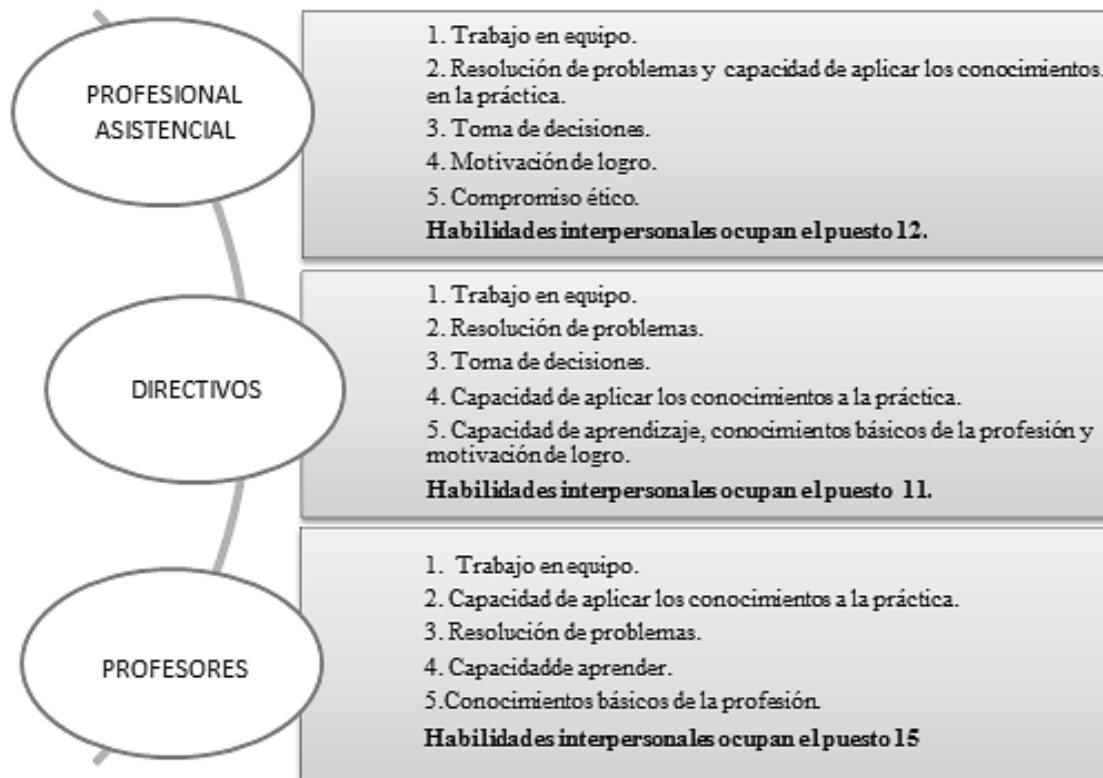


Gráfico I. Competencias según orden de importancia de los diferentes agentes participantes en el estudio del Proyecto Tuning (Creación propia)

En la tabla 4, siguiendo el Libro Blanco se muestran las competencias genéricas.

Además de las competencias genéricas, como hemos indicado anteriormente, también existen las competencias específicas. Las competencias específicas se distribuyen en seis grupos que engloban un total de cuarenta competencias seleccionadas. Teniendo en cuenta las aportaciones del CIE para la enfermera generalista (Alexander, 2003) y siguiendo la línea de trabajo del Libro Blanco (ANECA, 2004) de Enfermería los grupos son los siguientes.

COMPETENCIAS GENÉRICAS
Libro blanco de Enfermería (ANECA)

CG1	Capacidad de análisis y síntesis
CG2	Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
CG3	Planificación y gestión del tiempo.
CG4	Conocimientos generales básicos del área de estudio.
CG5	Conocimientos básicos de la profesión.
CG6	Comunicación oral y escrita de la lengua materna.
CG7	Conocimiento de una segunda lengua.
CG8	Habilidades básicas de manejo de ordenadores.
CG9	Habilidades de investigación.
CG10	Capacidad de aprender.
CG11	Habilidades de gestión de la información (buscar y analizar).
CG12	Capacidad de crítica y autocrítica.
CG13	Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.
CG14	Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
CG15	Resolución de problemas.
CG16	Toma de decisiones.
CG17	Trabajo en equipo.
CG18	Habilidades interprofesionales.
CG19	Liderazgo.
CG20	Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar.
CG21	Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia.
CG22	Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad.
CG23	Habilidad para trabajar en contexto internacional.
CG24	Conocimiento de otras culturas y sus costumbres.
CG25	Habilidad para trabajo autónomo.
CG26	Diseño y gestión de proyectos.
CG27	Iniciativa y espíritu emprendedor.
CG28	Compromiso ético.
CG29	Preocupación por la calidad.
CG30	Motivación.

Tabla 4. Competencias genéricas (ANECA)

- Grupo I: Competencias asociadas con valores profesionales y el papel del profesional de enfermería.

Son aquellas competencias enfocadas a proporcionar cuidados en el entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto actividades autónomas como las interdependientes. A continuación, se describen las competencias atribuidas a este grupo.

1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.
2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.
3. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.
4. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera.
5. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes. Cuando sea necesario y apropiado, ser capaz de desafiar los sistemas vigentes para cubrir las necesidades de la población y los pacientes.
6. Capacidad para aceptar la responsabilidad de su propio aprendizaje y desarrollo profesional, utilizando la evaluación como el medio para reflejar y mejorar su actuación y aumentar la calidad de los servicios prestados.
 - Grupo II: Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.

Se trata de emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y el objeto de cuidados basados en una valoración integral, así como basados en la evidencia científica. También engloba la necesidad de mantener la formación continuada. Las competencias que se engloban en este grupo son las siguientes.

7. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
8. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/ mala salud, sufrimiento incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).

9. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención, junto al paciente, sus cuidadores familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.

10. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.

11. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

- Grupo III: Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.

Se refiere a valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. También se incluyen todas las intervenciones del profesional de enfermería ligadas a la promoción de la salud y la educación sanitaria entre otras. Así se especifican a continuación.

12. Capacidad para mantener la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.

13. Capacidad para poner en práctica principios de salud, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia.

14. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias.

15. Capacidad para considerar los cuidados emocionales, físicos y personales, incluyendo satisfacer las necesidades de confort, nutrición e higiene personal y permitir el mantenimiento de las actividades cotidianas.

16. Capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad. Por ejemplo: dolor, elecciones vitales, invalidez o en el proceso de muerte inminente.

17. Capacidad para informar, educar y supervisar a pacientes y cuidadores y sus familias.

- Grupo IV: Conocimiento y competencias cognitivas.

Se refiere a actualizar conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, asegurándose su aplicación de forma segura, digna y respetando los derechos de las personas. Este grupo está compuesto por las competencias nombradas a continuación.

18. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar teorías de enfermería a la práctica enfermera.

19. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias básicas y de la vida.

20. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ciencias sociales, del comportamiento y de la salud.

21. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar ética, legislación y humanidades.

22. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar tecnología e informática a los cuidados de la salud.

23. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar política nacional e internacional.

24. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar resolución de problemas y toma de decisiones.

25. Conocimiento relevante de y capacidad para aplicar principios de investigación e información.

- Grupo V: Competencias interpersonales y de comunicación incluidas las tecnologías para la comunicación.

Son aquellas relacionadas con proporcionar información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También implica la utilización de sistema de registro y gestión de la información utilizando el código ético y garantizando la confidencialidad, son las siguientes:

26. Capacidad para una comunicación efectiva (incluyendo el uso de tecnologías), con pacientes, familias y grupos sociales, incluidos aquellos con dificultades de comunicación.

27. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses y que puedan responder adecuadamente. Por ejemplo: emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.

28. Capacidad para representar adecuadamente la perspectiva y actuar para evitar abusos.

29. Capacidad para usar adecuadamente las habilidades de consejo (técnicas de comunicación para promover el bienestar del paciente).

30. Capacidad para identificar y tratar comportamientos desafiantes.

31. Capacidad para reconocer la ansiedad, el estrés y la depresión.

32. Capacidad para dar apoyo emocional e identificar cuándo es necesario el consejo de un especialista u otras intervenciones.

33. Capacidad para informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando tecnologías adecuadas.

- Grupo VI: Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.

Supone capacidad para trabajar y liderar equipos, además de garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos optimizando los recursos.

Este grupo engloba las siguientes competencias:

34. Capacidad para darse cuenta que el bienestar del paciente se alcanza a través de la combinación de recursos y acciones de los miembros del equipo socio-sanitario de cuidados.

35. Capacidad para dirigir y coordinar un equipo, delegando cuidados adecuadamente.

36. Capacidad para trabajar y comunicarse en colaboración y de forma efectiva con todo el personal de apoyo para priorizar y gestionar el tiempo eficientemente mientras se alcanzan los estándares de calidad.

37. Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).

38. Utilizar críticamente las herramientas de evaluación y auditoría del cuidado según los estándares de calidad relevantes.

39. Dentro del contexto clínico, capacidad para educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y trabajadores socio-sanitarios.

40. Es consciente de los principios de financiación socio-sanitarios y usa los recursos eficientemente. Todos estos referentes señalan las competencias genéricas y específicas que debe alcanzar el alumnado para ejercer la profesión y proporcionar unos cuidados generales de forma responsable.

En el ámbito de enfermería, tal y como se ha señalado anteriormente, las competencias interpersonales resultan ser una competencia clave para el desempeño del buen hacer profesional de enfermería.

Así pues, se precisa una investigación más exhaustiva de esta competencia para comprender la importancia de ésta, y más concretamente el papel de la empatía como elemento clave que forma parte de las competencias interpersonales.

2.2.3 Marco normativo de las competencias de Enfermería

Siguiendo las premisas normativas referentes a las competencias de Enfermería, a continuación, se hará referencia a cada uno de los documentos normativos que han hecho posible y han influido en la creación y desarrollo de las competencias en el Grado de Enfermería.

- Real Decreto 1393/2007

De forma general para todas las titulaciones universitarias en relación con las competencias y la adquisición de éstas, el RD 1393/2007 (Real Decreto, 2007) explicita que los planes de estudios deberán centrarse en la adquisición de competencias por parte de los estudiantes y se debe hacer énfasis en los métodos de aprendizaje de dichas competencias, así como en los procedimientos para evaluar su adquisición. También se destaca el papel de los créditos europeos ECTS, como medidas de unidad que reflejan los resultados del aprendizaje y volumen de trabajo realizado por el estudiante para alcanzar

los objetivos establecidos en el plan de estudios. Por lo tanto, los planes de estudios permitirán obtener las competencias necesarias para ejercer la profesión y las competencias que se deben adquirir deben ser evaluables.

Las universidades que imparten estudios de Grado de Enfermería diseñan sus planes de estudio por competencias, siguiendo el decreto anteriormente expuesto. Sobre todo, cabe enfatizar en las necesidades de crear, disponer y utilizar metodologías e instrumentos que permitan evidenciar el desarrollo y la adquisición de competencias que se exigen en cada plan de estudios como por ejemplo, el aprendizaje cooperativo y la tutoría entre iguales (Secomb, 2008).

- Orden CIN/2134/2008 de 3 de Julio

En esta orden (Orden CIN, 2008) se establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermería. Concretamente, se especifican las competencias que los estudiantes del Grado de Enfermería deben adquirir para ejercitar la profesión. Estas competencias las mostramos de forma resumida en la tabla 5.

Las competencias interpersonales y comunicativas están relacionadas con diversas de las competencias que un estudiante universitario del Grado de Enfermería debe adquirir. En todas éstas no se manifiesta explícitamente la necesidad de tener dichas habilidades, pero como ya hemos remarcado en apartados anteriores, comprender el comportamiento de la persona según su contexto (competencia 4), establecer una comunicación eficaz con el paciente y su familia (competencia 11) y emprender estrategias para adoptar medidas de confortabilidad aplicadas al paciente paliativo y sus familiares (competencia 18) no son posibles, sino es adquiriendo unas herramientas sociales y comunicativas efectivas.

COMPETENCIAS QUE LOS ALUMNOS DEBEN ADQUIRIR SEGÚN LA ORDEN CIN 2134/2008

1	Prestar una atención sanitaria técnica y profesional
2	Planificar y prestar cuidados de enfermería
3	Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería
4	Comprender el comportamiento interactivo de la persona
5	Diseñar sistemas de cuidados
6	Basar las intervenciones en la evidencia científica
7	Comprender sin prejuicios a las personas
8	Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado
9	Fomentar estilos de vida saludable, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas
10	Proteger la salud y el bienestar
11	Establecer una comunicación eficaz
12	Conocer el código ético y deontológico
13	Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizarlos adecuadamente
14	Establecer mecanismos de evaluación
15	Trabajar con el equipo de profesionales uni o multidisciplinar
16	Conocer los sistemas de información sanitaria
17	Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de la salud
18	Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos

Tabla 5. Resumen de las competencias de Enfermería (Orden CIN 2134/2008)

2.2.4 Competencias interpersonales y comunicativas en Enfermería

Como hemos visto, la profesión de Enfermería se basa principalmente en la capacidad de establecer relaciones humanas y en la efectividad del cuidado que se proporciona al paciente. Unas correctas competencias interpersonales y comunicativas son claves para que este buen cuidar con calidad se aprenda durante los estudios y se lleve a cabo en el mundo laboral (Mullan y Kothe, 2010).

2.2.4.1 Relevancia de las competencias interpersonales y comunicativas en sanidad

Ying y Law (2013) y Horwitz, Horwitz, Brandt, Brunicardi, Bradford y Awad (2007) demuestran que existe una comunicación pobre entre el profesional médico, el profesional de enfermería y otros profesionales sanitarios, lo que conlleva a problemas de servicios, de entendimiento entre miembros del equipo y errores médicos que afectan negativamente la calidad en los cuidados que se le ofrece al paciente. Jack *et al.* (2013), Paulsel, McCroskey y Richmond (2006), Ching-Lan (2013) y Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010) aluden que una mala comunicación conlleva a una reducción de la complicidad en la relación terapéutica, mala adherencia al tratamiento terapéutico por parte de los pacientes, aumento de morbilidad psicológica, incorrecto o impreciso diagnóstico médico, mayor riesgo de *burnout* por parte del personal sanitario, incremento de las quejas por parte de los pacientes y las negligencias efectuadas por el personal sanitario, además del incremento de gasto sanitario. Igual de importante son los datos que presentó la Agencia para la Investigación y Calidad de la Salud en el año 2003, en Estados Unidos, referenciando que una buena comunicación reducía la necesidad de tomar analgésico, disminuían los daños causados a los pacientes y la mortalidad.

Siguiendo esta línea, los resultados del estudio de Beckman y Frankel (1984) ofrecen, a pesar de su relativa antigüedad, una visión clara sobre la relación empática y terapéutica de médico y paciente que ya era entendida como la forma natural de comunicarse con el paciente. El estudio reveló que el promedio de tiempo que tardaba el médico en interrumpir al paciente era de 18 segundos: Más recientemente, Kurtz (2002) demostró que tardan un promedio de 23 segundos, además de que un 8% de los médicos pertenecientes a la investigación finalizan el relato del paciente antes de que el paciente terminara de hablar para cerrar la conversación. Otros ejemplos se encuentran en los estudios de Wilkinson, Roberts y Aldridge (1998), concluyendo la deficiente comunicación y la insatisfacción que existe por parte de los pacientes con sus cuidados de salud, además de demostrar que las competencias comunicativas no habían mejorado en los pasados 20 años con los enfermos de cáncer.

En el ámbito específico de la Enfermería, Jarrett (2000) y McCabe (2004) destacan que el equipo de enfermería no se comunica de forma efectiva con el paciente y que se dedica más a las tareas administrativas y técnicas que al trato con el paciente. Sugieren que esta situación pueda ser causada porque el profesional de enfermería no es consciente del

significado del cuidado centrado en el paciente y mantiene la idea del cuidado centrado en la tarea, ya que la gran sobrecarga de trabajo afecta en el tiempo que se le dedica al paciente. En relación a la sobrecarga, McCabe (2004) señala que el tiempo que precisa la realización de todas las técnicas de todos los pacientes atendidos no es la causa del problema, sino que el profesional de enfermería es la responsable de iniciar una aproximación al paciente y ofrecer un cuidado centrado en el paciente sin necesidad de unos recursos extras.

Lauder, Reynolds, Smith y Sharkey (2002) señala que el personal de enfermería no desarrolla un correcto grado de empatía, porque no recibe soporte por parte del equipo de planta, ni siente que el resto de compañeros tengan una relación empática. Además, la organización sanitaria no reconoce el valor de realizar unos cuidados centrados en el paciente, con lo cual no se tiene en cuenta la relevancia de la comunicación y relaciones interpersonales para la calidad de los cuidados del paciente.

Reynolds (1999) argumentó que la posible causa de esta falta de habilidad profesional era que el personal de enfermería carecía de las suficientes habilidades comunicativas y que el manejo de éstas era deficiente, por lo que elegía trabajar desde una perspectiva donde el cuidado estaba centrado en las tareas. Además, Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing y Van de Wiel (2000) e Irving y Dickson (2004) señalan esta actuación como mecanismo de protección que utiliza el profesional de enfermería para que los sentimientos de sus pacientes no le afecten personalmente.

Así pues, debido a los resultados de múltiples estudios que demostraban el poco desarrollo de este tipo de competencias y el poco uso que se hacía en la práctica, aun sabiendo los muchos beneficios que aportaban tanto para el paciente como para el propio personal sanitario, el esfuerzo se centró en el desarrollo de las competencias interpersonales y comunicativas (Makoul y Schofield 1999). Se produjo un considerable progreso y se creó la European Association for Communication in Health Care, cuyas múltiples tareas fue, y es, definir y ofrecer directrices sobre los programas de enseñanza y evaluación de la comunicación clínica. En España, a finales de los años 80 se creó un grupo de profesionales de la medicina y enfermería llamado Grupo de Comunicación y Salud, que ha venido desarrollando desde entonces estas competencias en todas sus dimensiones (Ruiz, 2003).

En algunos servicios, como en los de oncología y paliativos, la comunicación y las habilidades interpersonales son piezas fundamentales para el buen cuidado, tanto del paciente como de la familia. Es un momento en que ya no hay tratamiento curativo posible y se inician los cuidados denominados de confort, cuidados destinados a mantener el bienestar del paciente sin realizar procesos invasivos; se trata pues de un periodo en el que la atención a los familiares es una de las tareas más importantes de las que se responsabiliza el profesional de enfermería (Weissman, 2011). Llegados a esta situación, la mayoría de cuidados se basan en establecer y desarrollar una comunicación empática con el paciente y familiares, lo que implica necesariamente desarrollar la empatía, la autenticidad en la tarea de escuchar, escucha activa, y demostrar el afecto necesario y la implicación profesional necesaria sin llegar a sobrepasar la línea de la simpatía (O' Shea, 2013).

Por lo tanto, es esencial preparar a los estudiantes de enfermería para interactuar y crear una relación comunicativa efectiva y constructiva con los pacientes y familiares para la práctica profesional y se le debe otorgar la misma importancia que tienen el resto de competencias asociadas a la práctica, a las intervenciones y los conocimientos entre otras. Además, el profesional de enfermería precisa comprender qué es lo que el paciente le quiere dar a entender, ya sea mediante una comunicación verbal o no verbal, para identificar las necesidades de cada individuo y establecer una relación de ayuda y una comunicación terapéutica (Lauder, Reynolds, Smith y Sharkey, 2002).

También, el profesional de enfermería necesita expresarse así mismo de forma correcta para ser entendido por el resto de compañeros de profesión con la finalidad de obtener y ofrecer una correcta información sobre el estado y pronóstico del paciente, así como negociación y planificación de los cuidados que deben suplirse o complementarse (Çinar, Cevahir, Şahin, Sözeri y Kuşuoğlu, 2007).

En suma, existen estudios que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos del paciente. Un ejemplo de ello son los resultados de estudios independientes realizados por Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, (2010) que demostraron una mejoría en el valor de las glicemias del paciente diabético cuando sus médicos presentaban habilidades comunicativas que le permitían al paciente ser el foco de atención en su cuidado. Otro estudio referenciado también por Moore, Gómez, Kurtz y Vargas (2010) llamado *Headache Study*, centrado en el

tratamiento de la cefalea crónica, demuestra que tras la oportunidad que los pacientes tenían para contar su historia y discutir en profundidad de sus preocupaciones y creencias con el médico, los pacientes mostraban mejoría en las cefaleas. Todos estos datos revelan que la comunicación efectiva, a un nivel procedimental, incluso podría llegar a potenciar el efecto de las opciones terapéuticas. En enfermería, las competencias comunicativas e interpersonales se consideran como parte del tratamiento habitual que se le ofrece al paciente y familiares de forma diaria y que son altamente efectivas para potenciar el tratamiento (Üstün, 2006). En el ámbito de medicina, el Comité Acreditativo Educativo Médico ya ha reconocido de forma formal estas competencias como claves en el currículo profesional, de modo que se aprenden y desarrollan durante los años de carrera.

A nivel de sistema sanitario, diversos estudios destacan la importancia de las competencias interpersonales y comunicativas como una de las más relevantes a tener en consideración (Moore, Gómez y Kurtz, 2012 & Ching, 2013). Concretamente en Cataluña, el Institut d'Estudis de la Salut, siguiendo las líneas estatales e internacionales (Clèries, Nadal y Branda, 2006; Generalitat de Catalunya, 2003), declararon que la dimensión comunicacional y relacional de la competencia profesional médica debía incorporarse como una enseñanza obligatoria en el currículo de pregrado de medicina, advirtiendo que si éstas no son recogidas en los currículos académicos, la falta de empatía seguirá decreciendo durante el transcurso de los años académicos. Las habilidades de comunicación, el manejo de conflictos, la relación con los pacientes y con los colegas, la inteligencia emocional y el trabajo en equipo, así como las competencias interpersonales como la empatía, el respeto, la genuinidad y la autenticidad constituyen elementos que actualmente deberían ser considerados con el mismo rango e importancia que las dimensiones técnicas y clínicas (Clèries, Nadal y Branda, 2006).

Según Moore, Gómez y Kurtz (2012), la mayoría de las escuelas de medicina en Estados Unidos y Europa incluyen dentro de la formación de pregrado un entrenamiento formal de habilidades comunicativas de sus estudiantes, pero en los países de habla hispana hay poca investigación sobre la enseñanza médico-personal sanitario durante los estudios de pregrado. En España, concretamente, la dimensión comunicacional de la profesión médica no ha sido implementada como un área integral del currículo, sino que se ha trabajado a un nivel de postgrado.

2.2.4.2 Conceptos y relaciones de las competencias interpersonales y comunicativas

La comunicación interpersonal es un proceso donde se transmiten las ideas de una persona a otra a través de los sentimientos que expresa esta misma persona (Winefield y Chur-Hansen, 2000). Es decir, es la capacidad de entender los sentimientos de otra persona, comprenderlos y representarlos sin ser esa persona en cuestión. Esta comunicación está relacionada con la comunicación terapéutica y más específicamente con las competencias comunicativas e interpersonales (Çinar, Cevahir, Şahin, Sözeri, y Kuşuoğlu 2007). No se puede entender una relación interpersonal sin estar basada en la comunicación, ni una comunicación efectiva sin estar centrada en una relación interpersonal, con lo cual las competencias interpersonales son dependientes de las comunicativas y viceversa, ya que una sin la otra no alcanzarían el objetivo común que es el entender a la persona con la que se interactúa en un contexto determinado (Xie, Ding, Wang y Liu, 2013).

Por otro lado, la comunicación, como competencia principal en el ámbito de enfermería, es un proceso interactivo a través del cual se intercambia información que se proporciona de forma verbal, no verbal, escrita o mediante tecnología. Este proceso incluye al personal de enfermería, a los pacientes, a las familias de los pacientes, a otros miembros del equipo multidisciplinar, así como a la comunidad sanitaria (Weissman, 2011).

En este contexto, cuando nos referimos a la comunicación, se establece dicho término dentro del modelo del cuidado centrado en el paciente; así pues, la comunicación se convierte en una herramienta con orientación terapéutica y de ayuda (Bombeke, 2011). Este tipo más específico de comunicación se basa en el respeto y la autenticidad en la relación entre el profesional de enfermería y el paciente creando y manteniendo una relación auténtica basada principalmente en la empatía. Según Arthur (1999), las competencias comunicativas necesarias para establecerse dentro de un modelo de ayuda o relación de ayuda terapéutica son las siguientes.

- Asistencia: orientada hacia las necesidades físicas y psicológicas del paciente.
- Escucha: entender el mensaje verbal y no verbal del paciente.
- Empatía: comunicarse con los pacientes entendiendo qué es lo que quieren decir.
- Exploración: ayudar a los pacientes a identificar y explorar experiencias, comportamientos y sentimientos.

Desde esta perspectiva centrada en el paciente y en la relación que se establece entre profesional y paciente, Kurtz (2002) describe la comunicación efectiva como aquella que se fundamenta en cinco principios básicos, que son los siguientes:

1. Asegurar una interacción en vez de una transmisión directa de la comunicación. Existe un intercambio y un *feedback* donde la oportunidad de intercambiar preguntas, respuestas, clarificaciones es posible y deseable. En este contexto, la interacción es clave para establecer una zona de confort comunicativo común.

2. Reducir la incertidumbre necesaria. Se refiere a eliminar las distracciones y centrarse en la relación entre profesional y paciente, conociendo por ejemplo qué expectativas tiene el paciente cuando es visitado por los profesionales sanitarios y de qué manera llevará su caso el equipo multidisciplinar.

3. Requiere planificación. Se precisa especificar los objetivos que se espera de esta comunicación e intentar lograrlos.

4. Demostrar dinamismo. Se refiere a que el profesional sanitario debe reaccionar frente la conducta del paciente y siendo flexible. Esto requiere poseer grandes habilidades que les permitan aproximarse e interactuar con los pacientes en diferentes circunstancias.

5. Sigue un modelo helicoidal o circular transaccional más que lineal. El nivel de comprensión no debe ser el mismo en todo momento, sino que sube en forma de espiral aumentando los niveles de comprensión. Bach (2009) define la comunicación como un continuo donde mutuamente se da y se recibe información en un contexto determinado y donde se produce interacción. El emisor posee un conjunto de factores que se relacionan con sus necesidades y objetivos, así como su estilo de comunicación y habilidades influyen en la comunicación. El receptor también tiene sus necesidades y objetivos, pero además cuenta con su experiencia previa y ambos comparten un espacio interpersonal.

Retomando el modelo basado en la relación terapéutica y la comunicación empática no se debe olvidar la importancia de la comunicación no verbal como otro tipo de comunicación igual de importante que la verbal. La comunicación no verbal puede aportar más información sobre el estado del paciente y sobre sus sentimientos, ya que se pueden ocultar tras una comunicación verbal no sincera. Ejemplos que debemos tener en consideración a la hora de interpretar el lenguaje no verbal son el tono de voz y el volumen, la expresión facial, el contacto ocular, los gestos y posturas corporales, la

expresión corporal y la apariencia física, así como el mantener contacto sensorial con las personas con las que nos comunicamos (Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing y Van de Wiel, 2000). Asthiel, citado en Irving y Dickson (2004), conceptualiza la empatía como una expresión en la relación compleja entre el comportamiento verbal y no verbal, centrado en el enfoque de relación terapéutica. En este aspecto se destaca la forma de observar los niveles de empatía de una persona a través de componentes de comportamiento, incluyendo el lenguaje no verbal como un prolongado contacto ocular, expresión facial, gestos hacia el otro, inclinarse hacia la persona en el momento de la escucha y un grado de tensión corporal relajada para dar a entender implicación en la conversación.

En resumen, ofrecer una relación terapéutica es uno de los objetivos del profesional de enfermería y este objetivo es posible si se dominan las competencias interpersonales y comunicativas necesarias. La importancia de la empatía reside en que es un componente necesario para establecer un clima de soporte interpersonal entre paciente y profesional de enfermería, lo que permite posteriormente que el profesional de enfermería pueda asistir al paciente y mejore sus resultados de salud (Tiuraniemi, 2011).

2.3 LA EMPATÍA COMO ELEMENTO CLAVE EN LA RELACIÓN Y COMUNICACIÓN TERAPEÚTICA

2.3.1 Relevancia de la empatía como elemento esencial en la relación paciente-profesional sanitario

La relación entre paciente y profesional de enfermería se convierte en el vínculo más importante que se establece dentro del proceso de hospitalización de todo enfermo desde el punto de vista del profesional de enfermería. Esta relación sólo se consolida si el profesional de enfermería adquiere y desarrolla una comunicación efectiva con el paciente a través de diferentes elementos como, por ejemplo, la escucha activa, la comprensión, la autenticidad y la empatía (Williams y Stickley, 2010).

En este contexto, la empatía se convierte en una herramienta básica para que el profesional de enfermería pueda conseguir varios objetivos que le competen. En primer lugar, la empatía posibilita al profesional de enfermería crear un clima de confianza y

entender las necesidades del paciente ofreciendo calidad asistencial (Peplau, 1952). En segundo lugar, permite comprender los orígenes y el propósito de las respuestas de los pacientes a los problemas de salud. Y en tercer lugar, habilita al profesional de enfermería a juzgar el estado de preparación del paciente para entablar una conversación empática; todo ello facilita una mejora en el estado de salud de los pacientes (Xie, Ding, Wang y Liu, 2013).

Por lo tanto, la empatía se presenta como elemento clave para establecer una relación de ayuda empática y verdadera. Winefield y Chur-Hansen (2000), señalan que la empatía es la respuesta verbal que refleja el contenido emocional y los sentimientos del que habla y, tal y como veremos, es entendida por otros de la misma manera. Rosenberg y Gallo-Silver (2011) entienden la comunicación terapéutica como una técnica profesional fundamentada en la empatía y en mantener los límites de ésta con el propósito de incrementar el entendimiento y reducir el estrés tanto en la persona cuidada como en el cuidador. Kirk (2007) señala el valor de la empatía al decir que la valoración precisa de un paciente se basa en una relación de ayuda que es tan empática como efectiva. Poder entender al paciente como un ser holístico sólo es posible mediante la empatía, ya que es la herramienta psicológica principal para entender profundamente los sentimientos de los demás y recibir y procesar la información que el paciente transmite de forma observable y medible (Ozcan, Oflaz y Sutcu, 2010).

Además, puede ser desarrollada mediante el entrenamiento y le permite al profesional de enfermería valorar, objetivar, adecuar y suplir o complementar las necesidades de los pacientes, entendiendo la situación en la que se encuentra el paciente (Cunico, Sartori, Marognolli y Meneghini, 2012; Ançel, 2006).

La empatía se convierte en el elemento esencial da capacidad al profesional de enfermería para proporcionar salud a los pacientes, ofreciendo una calidad asistencial adecuada, presentándose como elemento clave de la comunicación y en las habilidades interpersonales entre paciente y enfermería (Peplau, 1952; Kunyk y Olson, 2001).

Tanta es la importancia de la empatía que el Instituto de Medicina determina que la empatía es uno de los seis objetivos del siglo XXI del sistema sanitario y engloba cualidades de compasión, capacidad de respuesta de las necesidades del paciente, valores, y expresión de preferencias por las necesidades individuales de los pacientes (Neumann *et al*, 2011). Para ello, el desarrollo de las competencias interpersonales y comunicativas,

como hemos apuntado en el apartado anterior, se convierte en un objetivo y una competencia en sí misma, recogida en el plan de estudios de todas las universidades que debe ser adquirida por todo el alumnado de enfermería. También, en universidades no europeas, la empatía es considerada un elemento clave que debe ser potenciado y entrenado, convirtiéndose en objetivo esencial del marco de la profesión de medicina (Gómez, Moore y Araos-Baeriswyl, 2012).

En consecuencia, un bajo nivel de empatía podría suponer unos resultados negativos para el cuidado del paciente. Disponemos de diversos estudios que muestran la relevancia de la empatía en la actividad de enfermería. Teng (2011) demuestra que la empatía es fundamental en el caso del enfermo crónico que precisa un cambio de conducta y patrones habituales. Esta relación empática entre el profesional de enfermería y el paciente permite al paciente ajustar hábitos adecuados a un estilo de vida saludable, con el fin último de mejorar su salud. MacKay, Hughes y Carve (1990) y Mercer y Reynolds (2002) consideran la empatía como un elemento clave en el cuidado de los pacientes terminales. En estos casos, una relación empática con el profesional de enfermería reduce la ansiedad, la depresión, la hostilidad y aumenta su satisfacción, hay una disminución del estrés psicológico y una mejora del auto-concepto del paciente. Dependiendo del grado de habilidad del profesional de enfermería para ofrecer niveles mayores o menores de empatía, los resultados de salud sobre el paciente variarán en mayor o menor grado, a mayor empatía mejores resultados.

A nivel fisiológico, Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgi y Kleijnen (2001) y Steward (1995) demuestran que los pacientes atendidos por profesionales que muestran alto grado de empatía estabilizan sus pulsaciones, respiraciones, mejoran los parámetros de la tensión arterial, hay una disminución de la ansiedad y el estrés, un decrecimiento de su preocupación, así como una reducción de los niveles de glucosa en sangre. (Kim, Kaplowitz y Johnston 2004).

Además, afirman que el paciente mejora su satisfacción y aumenta su complicidad con el personal sanitario. (Neumann *et al*, 2011), tras realizar un estudio concluye que la empatía aumenta la participación de los pacientes en sus cuidados y aceptan mejor recibir educación sanitaria sobre su enfermedad, identificando mejor los síntomas y preocupaciones de su enfermedad y su proceso patológico.

A parte de los beneficios para el paciente, el personal de enfermería también obtiene otros diferentes, como una disminución de la susceptibilidad de padecer *burnout* y menos juicios por mala praxis, así como una disminución de la ansiedad, depresión y un decrecimiento de la hostilidad (Rosenthal *et al*, 2011). Por otra parte, la relación de empatía que se establece entre personal sanitario y paciente permite al personal, más específicamente al médico, concretar el diagnóstico del paciente, ya que la comunicación permitirá recoger más información y por lo tanto realizar una anamnesis más precisa y holística del paciente (Larson y Yao, 2005).

Sin embargo, a esta detección en la importancia de adquirir y desarrollar competencias interpersonales y comunicativas, *The Health Services Commissione's Annual Report* al igual que *The National Health Service* detectan una disminución de estas mismas habilidades en el personal sanitario, la cual también es percibida por los pacientes y otros profesionales sanitarios compañeros. Esta disminución de la comunicación y en consecuencia de la empatía es percibida por los pacientes como un déficit de atención y soporte emocional por parte del profesional de enfermería hacia las necesidades más psicológicas y menos fisiológicas que experimentan (Williams y Stickley, 2010).

Reynolds (2002) y Hojat (2012) concluyen que los profesionales de enfermería suelen ignorar directa o indirectamente las necesidades emocionales de los pacientes, desaprovechando así momentos en los cuales la empatía se podría desarrollar. Esta situación conlleva a que los profesionales muestren un nivel de empatía bajo y que disminuye con el tiempo en la línea de los estudios anteriores.

Chen *et al.* (2007), Reynolds y Scott (2000) y Teng (2011) demuestran que el nivel de empatía entre profesionales que se dedican a ofrecer cuidados o ayuda al resto de la sociedad es bajo, como por ejemplo en los estudiantes de terapia ocupacional, estudiantes de medicina en los cuales predomina la tendencia a realizar más aquellas acciones técnicas y menos importancia a desarrollar habilidades interpersonales, estudiantes de enfermería, psicólogos y maestros; y que este bajo nivel de empatía sigue persistiendo.

En concreto, en el ámbito de ciencias de la enfermería se encuentra un gran número de referencias bibliográficas, americanas y británicas la gran mayoría, que demuestran que la enfermería posee unos niveles muy bajos de empatía (Rosenthal *et al*, 2011). El equipo de enfermería encuentra dificultades a la hora de comunicarse con el paciente, de responderle a sus necesidades y de ayudarlo en aquellos aspectos en los cuales los

pacientes sienten dudas y miedos. En el ámbito sanitario, los pacientes no se sienten comprendidos por los profesionales y esto dificulta que, por una parte, los pacientes no se sientan capaces de expresar sus sentimientos, sus dudas y temores, ya que no perciben interés por ser escuchados por parte de los profesionales; y por otra, los profesionales no son capaces de identificar las necesidades de sus pacientes, ya que no verbalizan lo que necesitan (Reynolds y Scott, 2000). Pero estos niveles de empatía mejoraron tras el entrenamiento en muchos de los estudios referenciados (Cutcliffe y Cassedy, 1999; Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing y Van de Wiel, 2000).

Los factores explicativos que podrían justificar la baja empatía de los profesionales de enfermería con el paciente podrían ser los siguientes: *burnout*, bajo sentido del bienestar, reducción de la calidad de vida y depresión (Pedersen, 2009). Algunos factores estresantes relacionados con aspectos curriculares son: problemas de soporte social, sobrecarga de trabajo, poco tiempo con el paciente lo cual conlleva a mayor dificultad para establecer una relación empática, inadecuado ambiente de aprendizaje e inadecuados modelos de idealización del punto de vista médico y ansiedad hacia los pacientes (Reynolds y Scott, 2000; Xie, Ding, Wang y Liu, 2013). Por tanto, parece ser que no sólo el contacto con el sufrimiento del paciente decrece el nivel de empatía, sino también factores contextuales de la organización de los servicios y relacionales respecto al apoyo afectivo de los compañeros de trabajo (Galán, Romero, Morillo y Alarcón 2014).

En esta misma línea, Booth, Maguire y Hillier (1999) y Maguire, Booth, Elliott y Jones (1996) señalan que existe una falta de habilidad comunicativa por parte del alumnado de enfermería, debido a dos principales causas: la primera de ellas es que no hay programas de entrenamiento para el desarrollo específico de estas habilidades en enfermería; y la segunda es la barrera emocional creada por los propios alumnos y profesionales de enfermería a la hora de abordar situaciones difíciles (mal pronóstico del paciente, situaciones de duelo, de muerte, pacientes crónicos o en procesos de fases finales de la vida). Bowles, Mackintosh y Torn (2001) añaden como otros factores causales la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo, la falta de apoyo institucional y el trabajo orientado a la técnica, en vez de al paciente. Burnard y Morrison (2005) describen al profesional de enfermería como una figura que intenta facilitar la expresión de las emociones de los pacientes, pero una vez el paciente se expresa el profesional de enfermería no sabe cómo actuar en diversas ocasiones. Esta situación conlleva que el profesional de enfermería se

perciba a sí mismo como un agente autoritario más que facilitador debido al no saber cómo gestionar dichas situaciones tiende a controlar la situación de forma autoritaria.

Además, el personal sanitario se siente vulnerable y triste ante muchas situaciones que no les son familiares y realizando horarios muy extensos y poco conciliables con la familia y el entorno social. Como resultado, el profesional sanitario ofrece un cuidado en el cual no se implica emocionalmente ni afectivamente para protegerse a sí mismo, deshumanizando finalmente los cuidados que proporciona a los pacientes (Austin, 2000; MacKay, Hughes y Carve, 1990).

Se debe enfatizar en que cuidar significa prestar atención a, preocuparse por, sentirse responsable del paciente y cubrir y satisfacer las necesidades de los otros. Para cuidar hay que entender a la persona y esto requiere comunicación. En consecuencia, para establecer una comunicación efectiva se precisa tener un grado de empatía alto (Çinar, Cevahir, Şahin, Sözeri, y Kuşuoğlu 2007).

En resumen, la empatía es necesaria para el establecimiento de una relación terapéutica de ayuda entre personal sanitario y paciente, de esta forma se logran metas para ambos de forma más eficaz, así como mejores beneficios para todos. Pero esta necesidad se ve afectada por diversos factores que hacen que esta habilidad no sea desarrollada en el lugar de trabajo. Deberán ser estos factores influyentes los que también se modifiquen para dar lugar a que la empatía esté presente en los cuidados que enfermería proporciona a cada uno de los pacientes además de un buen entrenamiento en este tipo de habilidad.

2.3.2 Origen y definición del concepto de empatía

La noción de empatía resulta un término con una historia ambigua debido a las múltiples definiciones que han creado diferentes autores, existiendo entre ellos controversias y discrepancias sobre el significado de este concepto. Esta situación ha conllevado a que la empatía sea descrita como un concepto difícil de definir y complejo de medir. A pesar de ello, muchos estudios convergen en describir diversas de las características que forman la empatía (Hojat, 2007).

Siguiendo a Hojat (2007), el origen del término empatía proviene del término alemán *Einfühlung*, empleado por Robert Vischer en 1873 (citado en Fernández-Pinto, López-

Pérez y Márquez, 2008), historiador de arte y filósofo alemán que utilizó esta palabra para referirse a los sentimientos del observador provocados por obras de arte.

En 1897, Theodore Lipps, filósofo y psicólogo alemán, transfirió este término al ámbito de la psicología, al describir experiencias personales relacionadas con el concepto de empatía. En uno de sus textos describió que cuando observó a un artista de circo sobre la cuerda floja, sintió que estaba dentro de él. En 1903, Wundt (citado en Hojat, 2012), padre de la psicología experimental, utilizó el término *Einfühlung* en el contexto de las relaciones humanas. Y dos años más tarde, Sigmund Freud empleó dicho término para describir la psico-dinámica de ponerse a uno mismo en la posición de otra persona.

Aun siguiendo a Hojat (2012), en inglés, el término *Empathy* fue utilizado en 1915 por Bradner Titchener quien lo empleó para describirlo como el entender a otro ser humano. En el contexto médico, en 1918, Southard fue el primero en describir la empatía en la relación entre médico y paciente con la finalidad de facilitar el resultado diagnóstico. A partir de ese momento diversos autores, entre ellos se destacan Carl Rogers y Robert Carkhuff por sus aportaciones en relación a la empatía y ámbito terapéutico, han utilizado la empatía en referencia a la relación psicoterapéutica y en la discusión del comportamiento pro-social y altruista.

Una revisión de la literatura muestra una gran cantidad de definiciones de empatía imposible de explicitarlas todas en el presente trabajo. Por ese motivo se han seleccionado las definiciones y descripciones que parecen ser más relevantes, teniendo en cuenta una perspectiva general del término de empatía y acabando por definir este concepto en el contexto que consideramos relevante para este estudio, el de atención al paciente.

La definición que aporta Carl Rogers (1959, p.210), fundador de la psicología humanista y de la terapia centrada en el paciente, entiende la empatía como:

“Percepción del marco interno de referencia de otra persona con precisión, y con componentes emocionales y significados que se refieren al mismo, como si uno fuera esa persona, pero sin perder nunca la calidad como tal”.

En esta línea, Carkhuff (1969, p.315) entiende la empatía como:

“La capacidad de reconocer, percibir y entender los sentimientos que otra persona ha relacionado con sus expresiones conductuales y verbales y que el profesional es capaz de comunicarle ese entendimiento”.

Carkhuff, define la empatía desde el entendimiento de la situación de esa persona, pero además desde la comunicación de ese entendimiento por parte del profesional sanitario. Por lo tanto, la empatía es en parte un entendimiento mutuo entre paciente y profesional que favorece una relación terapéutica empática y centrada en el paciente. Esta línea de investigación resulta muy relevante en el contexto de enfermería y de la relación con el paciente.

Robert Hogan (1969, p.308), psicólogo que centra su línea de investigación en la teoría socio-analítica, y que destacamos por sus aportaciones en el ámbito de enfermería en relación con el desarrollo de la empatía, la describió como:

“La aprehensión intelectual o imaginativa de la condición o estado mental de otra persona sin llegar a experimentar realmente los sentimientos de esa persona”.

Clark (1980, p. 187, citado en Hojat, 2012) determinó la empatía como:

“La capacidad única del ser humano de sentir la experiencia, necesidades, aspiraciones, frustraciones, angustias, alegrías, ansiedad, dolor o hambre de los demás como si fuesen las suyas propias”.

Desde un contexto situado en el cuidado del paciente, Levasseur y Vance (1993) describieron la empatía como un modo de cuidar a las personas que sufren o que precisan ayuda y están luchando de alguna manera para restablecer la salud. De aquí la importancia de una relación empática en los momentos en los que el profesional de enfermería se comunica con los pacientes, sobretodo en periodos en el que el ser humano se encuentra triste o que precisa de ayuda y escucha.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la empatía en el contexto de atención al paciente como un atributo predominantemente cognitivo que involucra un

entendimiento de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento (Delors, 1996).

Larson y Yao (2005) destacan que la empatía es el mejor camino para el tratamiento y un símbolo de profesión de atención a la salud. Indican que el compromiso en las relaciones empáticas hace al médico más efectivo y sus carreras más satisfactorias. Además, este tipo de relación parece ser un factor en la mejora de la relación paciente-médico o profesional sanitario, también mejorando la interpretación correcta de los problemas del paciente (Coulehan, Platt y Egener, 2001). Esto indica que la empatía es una herramienta importante tanto para el diagnóstico preciso, como para lograr resultados deseables del tratamiento (Bombeke, 2011).

Cabe destacar el concepto de médico empático que ofrece Mercer y Reynolds (2002) como aproximación de este término al ámbito sanitario. Así pues, se describe la empatía como una habilidad del médico que, por una parte, entiende la situación del paciente, entiende sus sentimientos y sabe comprenderlos; y además actúa de forma comunicativa lo cual le facilita entender al paciente y poder ayudarlo de forma terapéutica.

Llegados ya al contexto propiamente de enfermería, La Monica (1981, p.398) describe la empatía como:

"La empatía significa un foco central y sentimientos con y en el mundo del cliente. Se trata de la percepción exacta del mundo del cliente por el ayudante, la comunicación de este entendimiento al cliente, y la percepción del cliente al entendimiento del ayudante".

También Hojat (2007, p.76), tras una revisión de la bibliografía y considerando los factores que contribuyen a resultados positivos en los pacientes, definieron la empatía como:

"La empatía es un atributo predominante cognitivo (en lugar de emocional) que involucra un entendimiento (en lugar de sentimiento) de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con una capacidad de comunicar este entendimiento".

Esta definición es importante en nuestro trabajo porque, como se verá, utilizamos la escala Jefferson como herramienta cuantitativa de medición de la empatía en los estudiantes de grado de enfermería, y porque implica otros aspectos relacionados en enfermería, como la relación con el paciente y se presenta como una definición muy sólida (McKenna *et al*, 2012).

La noción central de todas estas definiciones de empatía está relacionada con la habilidad de ponerse en lugar del otro “como si yo fuera el paciente”, o ponerse en los zapatos del otro, tal y como se dice esta expresión en inglés, pero sin dejar de lado la propia objetividad y espacio personal. También se describe como la capacidad de ver el mundo desde la perspectiva del paciente, sin perder el propio punto de vista, sin perder el rol de cuidador y manteniendo la responsabilidad del cuidar.

Después de revisar la definición del concepto de empatía se aprecia que puede ser entendida y estudiada desde cuatro prismas diferentes, ya sea desde una perspectiva de empatía como ente cognitivo, afectivo o emocional, de comportamiento o moral

Siguiendo esta línea Coulehan, Platt y Egener (2001) explican que la cognición consiste en actividades mentales involucradas en la adquisición y procesamiento de información para un mejor entendimiento, mientras que la emoción involucra el compartir el afecto manifestado por sentimientos que experimenta subjetivamente la persona. Los autores que apoyan el enfoque cognitivo de la empatía otorgando mayor énfasis a la comprensión y al enfoque social que no al aspecto emocional. En este sentido, los autores se centran en entenderla como el acto de comprender el ser interior del paciente utilizando una comunicación verbal y no verbal, pero sin perder el propio punto de vista profesional para que la relación entre profesional y paciente no pierda la distancia de relación clínica. Morse *et al*. (1992) y Stepien y Baernstein (2006), explican que, en un contexto de cuidados al paciente, la dimensión cognitiva de la empatía puede ser descrita como un proceso donde el profesional identifica y entiende los sentimientos u emociones y puntos de vista del paciente. Otros autores como Reynolds (1999) y Hojat (2012) presentan una visión parecida, definiendo la empatía y a su dimensión cognitiva como una ayuda que depende más de las habilidades de ayuda intelectuales del que proporciona empatía, el profesional sanitario en este contexto, y entiende los sentimientos del otro desde una distancia objetiva, involucrando dentro de las actividades cognitivas la toma de perspectiva y el desempeño de un rol.

Por otro lado, Hojat (2012) apoya el enfoque emocional o afectivo, definiendo la empatía como una respuesta emocional al producirse sentimientos idénticos y al compartir dichas emociones entre otras personas. Hoffman (citado en Hojat, 2006) define la empatía como una respuesta afectiva sustitutiva a la situación de alguien más en lugar de la de uno mismo. Pero es desde esta perspectiva que otros autores, como Moore (1982), advierten sobre la importancia de diferenciar entre empatía y simpatía, siendo conceptos muy diferentes que se definirán y se profundizarán seguidamente. Siguiendo con la perspectiva emotiva de la empatía, se refiere a compartir un sentimiento, un estado emocional con otra persona durante un periodo de tiempo. Mehrabian y Epstein (1972) que se postulan dentro de esta perspectiva, definen la empatía como sentir con el paciente o emociones similares a las que el paciente siente. Es una definición parecida a la simpatía ya que se acerca más a una experiencia emocional dejando levemente de lado la objetividad. Precisamente este hecho hace que Hojat (2002) señalen las respuestas emotivas como foco que interfiere de manera negativa en la objetividad de los profesionales sobre la situación patológica del paciente, y esto reduce la efectividad del establecimiento de un diagnóstico y de los cuidados ofrecidos al paciente. Por otro lado, y en contraposición a este autor, Stepien y Baernstein (2006) enfatizan en que la empatía emocional mejora la relación entre paciente y profesional sanitario, aunque la naturaleza de este tipo de respuestas emocionales que se produce en la relación terapéutica no ha sido especificada.

Desde una perspectiva moral, se define la empatía como una actitud de receptividad, disponibilidad y presencia que impulsa a alguien a ayudar a su paciente (Morse, 1992). Barrett-Lennard, citado en White (1997), destaca la importancia de la actitud o la motivación en la primera fase del modelo cíclico de la empatía, definiéndola de acuerdo con Morse (1992) como una fuerza altruista interna que motiva la práctica empática. Citando a este autor, describiremos brevemente el ciclo de la empatía, dentro de la población general, ya que se configura dentro de esta perspectiva.

- Modelo cíclico de la empatía de Barrett-Lennard

En la pre-fase se configuran las condiciones pre-empáticas, donde el profesional sanitario empatiza con el paciente con la finalidad de establecer un clima apropiado para crear empatía. El profesional requiere atender activamente los sentimientos subjetivos del paciente y sus experiencias. Si el profesional sanitario no está dispuesto a establecer una

relación empática, el proceso nunca llegará a producirse. Atendiendo al paciente, el profesional y el paciente conectan y el profesional es capaz de reconocer e interpretar las expresiones u emociones del paciente, y sólo si la motivación de atender las necesidades del paciente se presenta en esta etapa preliminar a la primera fase, el modelo y todas sus fases se podrán realizar.

La primera fase es la resonancia empática, donde el profesional reconoce y entiende las emociones del paciente mediante la comunicación verbal y no verbal que el paciente le transmite.

Acto seguido, si esto ocurre se pasa a la segunda fase llamada empatía expresada, que se presenta en el momento en que el paciente recibe esta relación empática por parte del profesional y el profesional es capaz de hacer entender al paciente que ha comprendido sus sentimientos y sus necesidades.

La tercera fase se produce cuando el profesional ofrece una relación de ayuda basada en la empatía y el paciente acepta esa relación estableciendo una relación empática con el profesional. Por último, se vuelve a repetir la primera fase y de forma cíclica hasta haber ofrecido las ayudas necesarias al paciente.

Finalmente, se encuentra la empatía desde una perspectiva de comportamiento o conductual. Reynolds (1999) define esta perspectiva como unas respuestas comunicativas para transmitir comprensión a la persona conforme sus sentimientos han sido entendidos. En el ciclo de empatía, presentado por Barrett-Lenard, también se muestra una visión de la empatía de comportamiento en el momento en el que existe predisposición para crear un entorno de confianza y ayuda empática.

Tras la presentación de estas cuatro perspectivas de la empatía surge una cuarta llamada modelo multidimensional en el ámbito sanitario que tiene en cuenta varios de los aspectos de los diferentes enfoques ya explicados. Desde este modelo, la empatía se constituye como elemento principal en el desarrollo de la profesión de enfermería y otros sectores sanitarios. Este modelo ha sido presentado por Davis en (1983), configurado posteriormente por Squier (1990) y Larson y Yao (2005), quienes presentaron un nuevo modelo de empatía clínica. A continuación, se explicará el modelo de Squier (1990) por ser uno de los más reconocidos modelos de empatía y centrado en el ámbito sanitario,

mientras que Davis (1983) se centra en un ámbito de población general, y posteriormente se explicará el modelo propuesto por Larson y Yao (2005).

- Modelo multidimensional de empatía médica (Squier, 1990)

El tema central en este modelo es que los profesionales sanitarios necesitan participar en procesos tanto cognitivos como afectivos con la finalidad de maximizar los beneficios para los pacientes. Por una parte, la empatía cognitiva permite al profesional entender a la perfección los problemas que explica el paciente, de forma que si el paciente se siente entendido la relación terapéutica y los problemas de salud y el tratamiento serán más efectivos para el paciente. Por otra parte, la empatía afectiva se presenta como una herramienta que reduce el estrés del profesional y aumenta la satisfacción del paciente. Por el contrario, este modelo presenta carencias desde la perspectiva moral y de comportamiento ya que no están incluidas, y se presenta más como una guía de cómo el proceso de empatía se puede desarrollar en los profesionales sanitarios.

- Modelo de proceso de empatía clínica (Larson y Yao, 2005)

Siguiendo el modelo de Davis, estos investigadores ofrecieron un modelo aplicado ajustado a la empatía clínica y por lo tanto al ámbito sanitario. La finalidad de este modelo era conocer y comprender mejor la empatía entendiendo las actividades de comportamiento y psicológicas que envuelven el acto de empatizar y que ayuda a los profesionales sanitarios a desarrollar su práctica diaria.

Este modelo incluye, en primer lugar, los antecedentes, tanto del paciente como del profesional (entendido como las características personales, físicas y el contexto en que cada individuo se sitúa). Estos antecedentes repercuten en los procesos intrapersonales (reacciones afectivas y no afectivas) y en los procesos interpersonales (comportamiento de ayuda, manejo de conflictos y comportamiento social). Además, estos antecedentes están vinculados directamente con el proceso de empatía que se procederá a establecer entre paciente y profesional (entendiéndose dentro de éste los procesos no cognitivos y los procesos cognitivos). Los procesos intrapersonales, influidos por los antecedentes tal y como hemos explicado, ofrecen unos resultados al profesional basados en la satisfacción de su trabajo y en el grado de *burnout*. Mientras que los procesos interpersonales ofrecen unos resultados a los pacientes basados en la satisfacción que

tiene con sus cuidados y en los resultados propios de su estado de salud. Explicado de forma breve, para conocer el grado de desarrollo de la empatía del profesional se deben tener en cuenta sus antecedentes, que son los que repercutirán directamente en sus procesos intrapersonales y en su capacidad para desarrollar la empatía, lo cual influirá a la hora de establecer una relación de ayuda y empática con el paciente. Si los antecedentes son negativos, el proceso de empatía que realice este profesional y los procesos intrapersonales serán negativos y esto repercutirá a la hora de empatizar con el paciente. Lo mismo ocurre con el paciente. Si el proceso interpersonal es negativo, en este caso el que le ofrezcan los profesionales de la salud, y el propio contexto en el que se encuentre, la empatía no existirá entre profesional y paciente.

2.3.3 Características definatorias de la empatía

Siguiendo los estudios de Hojat (2002), la empatía posee tres características clave (cognición, entendimiento y comunicación del entendimiento) que deben ser diferenciadas de otras perspectivas entre empatía y simpatía, cognición y emoción y entre entendimiento y sentimiento. Reynolds y Scott (2000) introduce una característica más, la comunicación del entendimiento, además de autores que presentaremos a continuación que dan soporte de las diferencias a las características siguientes.

a) Empatía y simpatía

Ambos conceptos forman parte de las relaciones interpersonales, y frecuentemente se utilizan como sinónimos de manera errónea. Se trata de dos constructos que reflejan diferentes cualidades humanas con influencias medibles distintas sobre la conducta profesional del sanitario, su empleo de recursos y su resultado clínico (Nightingale, Yarnold y Greenber, 1991). La empatía se distingue de la simpatía por estar en un área de mayor cognición más que de emoción, y es un atributo más intelectual que emocional de la mente. Otra diferencia entre ambos conceptos es la finalidad que tienen. La finalidad de la empatía es conocer mejor las preocupaciones de la otra persona, significa entenderse entre dos personas, que se realiza de forma altruista con el objetivo final de proporcionar ayuda para reducir el sufrimiento de la otra persona sin esperar nada a cambio. En el caso de la simpatía busca un paralelismo de sentimientos entre dos

personas y es un acto de ayuda motivado por el egoísmo que se tiene como fin último de reducir el propio sufrimiento y no el de la otra persona, para evitar sentimientos adversos o para recibir recompensas (Coke, Batson y McDavis, citado en Hojat, 2012). Además, la empatía se refleja en distintas características como la toma de perspectiva, toma de roles, ponerse en los zapatos de otro, la tolerancia, la franqueza, el juicio no crítico y la aceptación incondicional, elementos que no son compartidos por el constructo de simpatía.

Cuando se ha descrito el concepto de empatía siempre se enfatiza en la idea principal de entender las experiencias del paciente, pero sin participar en ellas, es decir, es como Rogers remarcaba el “como si” pero sin serlo, ni sentirlo como algo propio.

En el contexto de la atención al paciente la distinción entre empatía y simpatía implica una relación paciente-personal de enfermería importante. La simpatía supone compartir los sentimientos y las emociones del paciente, adentrándose en una relación subjetiva que podría entorpecer los cuidados que se le proporcionan al propio paciente, así como impedir el correcto juicio profesional. Si el profesional sanitario no mantuviera las distancias necesarias y empleara simpatía con todos los pacientes, las emociones que recibiese serían abrumadoras y podrían impedir un buen desempeño del rol y una sensación de agotamiento. El manejo de todas las emociones y sentimientos con los que se implicara acabarían por afectar de manera personal al profesional, deshabilitándolo personal y profesionalmente. En cambio, una relación empática es deseable crearla y mantenerla con todo paciente, ya que es una situación donde el profesional siente los sentimientos del paciente sólo hasta un punto limitado, con la finalidad de mejorar su entendimiento del paciente y sin que le impida ejercer el buen juicio profesional. En este caso, la empatía es un factor habilitador para proporcionar un buen cuidado al paciente, conservar un equilibrio mental del profesional y mejorar el bienestar en la relación paciente-profesional.

En resumen, Hojat (2007) realiza una revisión bibliográfica donde señala las características definitorias de la empatía y de la simpatía. A continuación, se presenta la tabla 5, que sintetiza las características más relevantes dentro de la relación paciente-profesional de los estudios realizados por dichos autores

Características diferenciales de la empatía y la simpatía

Característica	Empatía	Simpatía
Contribución del aprendizaje	Más significativo	Menos significativo
Contribución de la cognición	Más significativo	Menos significativo
Contribución del afecto	Menos significativo	Más significativo
Contribución de factores innatos o genéticos	Menos innato	Más innato
Objetividad <i>versus</i> subjetividad	Más objetivo	Más subjetivo
Probabilidad de precisión	Más preciso	Menos preciso
Esfuerzos requeridos	Más esfuerzo	Sin esfuerzo
Relación con el desempeño del médico	Lineal	Forma de U invertida
Tiempo de reacción	No espontáneo	Espontáneo
Emociones de los pacientes	Apreciadas sin unirse a ellas	Percibidas al unirse a ellas
Sentir que se ha comprendido	El tipo y calidad de los sentimientos del paciente	El grado y cantidad de los sentimientos del paciente
Motivación conductual	Altruista	Egoísta
Estado mental	Intelectual	Emocional
Expresión típica al paciente	Entiendo tu sufrimiento	Siento tu dolor
Mecanismo de procesamiento mental clave	Cognitivo/intelectual/entendimiento	Afectivo/emocional/sentimiento

Tabla 6. Características de la empatía y simpatía, a partir de Hojat (2007)

b) Cognición y emoción

Según los estudios de Hojat (2007), se observó que la empatía tiene atributos mayoritariamente cognitivos, en lugar de emocionales, basándose en que la empatía aparece como resultado de las actividades mentales como el razonamiento y la valoración, las cuales son la base del juicio clínico. La cognición se representa con el concepto de empatía y la emoción está más ligada al concepto de simpatía. Mantener una distancia afectiva para evitar involucrarse emocionalmente en exceso (una característica de la simpatía) hace más objetivo y más preciso el juicio clínico. Tal y como señala Koenig (2002), la objetividad al tomar decisiones clínicas puede lograrse mejor al evitar el involucramiento emocional excesivo, el cual entorpece el juicio médico.

Los aspectos cognitivos del proceso de empatía han sido definidos por Bonino *et al.* (1998) señalando que las respuestas empáticas dependen de una serie de factores y de procesos de mediación cognitiva cada vez más complejos. El primer estado se caracteriza por el contagio emocional, donde los cuidadores rechazan y evitan una relación con el

paciente, sobre todo cuando los cuidadores se sienten angustiados o poco cómodos con la situación. El segundo estado engloba la idea de compartir un mismo grado de empatía. En este estado no se comparte una total mediación cognitiva entre cuidador y paciente. Y, por último, el tercer estado es el propiamente llamado empatía, en el cual sí que hay una conciencia de empatía y se hace use de la mediación cognitiva, se comparten elementos de un mismo estado emocional.

c) Entendimiento y sentimiento

En las relaciones interpersonales estos dos términos son utilizados de manera sinónima a pesar de ser muy diferentes. El entendimiento se define como la consciencia del significado, mientras que el sentimiento se refiere a la percepción de las emociones. Así pues, el entendimiento está más relacionado con lo cognitivo y la empatía, y el sentimiento mantiene una relación con la emoción y la simpatía.

En la relación terapéutica, entender los sentimientos, las actitudes y los comportamientos del paciente y del resto de personas es parte fundamental para el equipo profesional. Este concepto de entendimiento, como se denota, está íntimamente relacionado con la empatía. Es más, la empatía en la atención al paciente tiene como elemento central el entendimiento.

La última característica que forma el constructo de la empatía es la comunicación de ese entendimiento.

d) Comunicación del entendimiento

Reynolds y Scott (2000) introdujo la comunicación del entendimiento como una característica de la empatía en la relación terapéutica, siendo ésta un elemento central, además de la capacidad del profesional de enfermería para entender al paciente. Carkhuff (1969) y La Monica (1981) también pusieron especial énfasis en esta característica a la hora de definir la empatía, entendiendo que un profesional debe ser empático y demostrar esta empatía siendo capaz de comunicar que ha entendido la situación del paciente y se pone en su lugar sin olvidar su propio ser. Esta comunicación del entendimiento puede producirse de forma verbal o no verbal y siempre se busca una reciprocidad o mutualidad entre paciente y profesional.

Por otro lado, Kunyk y Olson (2001) realizan una revisión bibliográfica sobre el término de empatía en el cual incluyen cinco elementos clave que forman la empatía. Estos elementos son la empatía como rasgo humano, como estado profesional, como proceso comunicativo, y finalmente como una relación especial. Esta revisión permite clarificar el término teniendo en cuenta los resultados de diversos estudios.

En primer lugar, la empatía se muestra como rasgo humano innato e instintivo de ayuda a los demás. Los autores definen la empatía en esta categoría como la habilidad de percibir lo que sienten los demás y de comprender sus vivencias y lo que significa eso para la persona.

En segundo lugar, se define como una habilidad comunicativa que puede ser aprendida y que se basa en componentes cognitivos y de comportamiento que son utilizados para entender mejor al paciente y la realidad que le rodea. En esta categoría, la empatía pretende ser objetiva y centrada en la comunicación con el paciente permitiendo, por una parte, que el profesional de enfermería entienda los sentimientos del paciente; y por otra, que ofrezca soporte emocional al paciente. En este caso se conceptualiza la empatía como empatía terapéutica, la cual, además de tener rasgos innatos, también se enseña y se aprende mediante el entrenamiento.

En tercer lugar, la empatía puede ser vista como proceso comunicativo, el cual tiene como objetivo entender de forma exacta los sentimientos del paciente. En este caso, la comunicación empática es responsabilidad del profesional sanitario, requiriendo que la enfermera tenga un alto grado de empatía y habilidades suficientes para transmitírselas al paciente.

Y, por último, como relación especial, ya que se trata de una relación basada en la confianza mutua, en el soporte y el apoyo. Conforme avanza la relación las posibilidades de desarrollar la empatía con el paciente aumentan, así como los beneficios que puedan obtener manteniendo esta relación empática por ambas partes.

En conclusión, la definición de empatía ha sido ampliamente discutida entre diversos autores, pero se enfatiza en que ésta posee tres características específicas en el contexto de la atención al paciente que son la cognición, el entendimiento y la comunicación. Se ha especificado las diferencias entre estas características y otras ampliamente utilizadas

como conceptos similares, que una vez analizado su significado se demuestra que no son sinónimos ni intercambiables. Así pues, se ha definido en el apartado anterior la empatía y en este apartado se han especificado las características de este concepto.

2.3.4 La empatía en la relación de ayuda terapéutica

Carl Rogers (en Giordani, 1997) como investigador y terapeuta, creó una nueva manera de entender la relación entre profesional y paciente/cliente centrada en el paciente, conocida hoy por todos como terapia centrada en el paciente. Ésta propone crear un clima que facilite el desarrollo de los recursos presentes en el cliente, y la creación de este clima depende de las actitudes interiores del terapeuta (entendiéndose como la capacidad de aceptación, de comprender empáticamente, de participar emotivamente y de crear un clima favorable al crecimiento interior), más que de las herramientas técnicas que posee cualquier terapeuta. El terapeuta adquiere un nuevo rol en esta relación, y es que la participación debe ser cada vez más personal en la relación interpersonal que establece con el cliente y debe prestar una atención activa al estado emocional del cliente. Este nuevo rol no es posible llevarlo a la acción sin una comunicación empática, la cual resulta fundamental en la teoría de Rogers, siendo el cliente y su mundo interior el eje central de la relación terapéutica.

Tras este modelo de Carl Rogers, le sucedió el modelo del 70 de Robert Carkhuff, y a éste el de los 80 también del mismo autor. Nos centraremos en explicar el último modelo, ya que define la empatía como una herramienta clave en la relación entre profesional sanitario y paciente o cliente, siendo el más novedoso de las tres teorías.

Lo que este modelo intenta explicar es que el terapeuta en sí mismo posee unas destrezas o disposiciones que le permiten convertir en eficaz la relación de ayuda. Estas destrezas deben ser graduadas por el terapeuta, el cual debe desarrollarlas en los diferentes momentos en que se articula el modelo que presenta Carkhuff. Dependiendo la fase del proceso en la que se encuentre el terapeuta y el cliente, el terapeuta deberá actuar con unas destrezas u otras y cada una en un nivel determinado. La ayuda que el terapeuta puede ofrecer está encaminada a que el cliente realice un proceso de aprendizaje que le lleve a explorar su propio mundo interior y a comprender su propia situación, haciéndola visible y confrontándola con la meta real que quiere alcanzar y comprometiéndose en el

proceso de cambio. Tanto terapeuta como cliente deben crear una relación mutua basada en las variables que a continuación presentaremos hasta que el cliente encuentre y tenga una estabilidad de acuerdo con su yo interior y con las metas que quiere lograr alcanzar.

2.3.5 Variables influyentes en el grado de empatía

Hojat (2003, 2012) identifica diversas variables que parecen ser influyentes o tener un vínculo en relación con el grado de empatía de las personas. Estas variables son principalmente: la especialidad, la elección de la profesión, el género y la experiencia profesional.

En primer lugar y relacionado con la profesión, el profesional de enfermería demuestra valores estadísticamente significativos más elevados de empatía frente a los presentados por los médicos. Sin embargo, estos resultados se contraponen a otros donde los médicos tienen niveles más altos de empatía, pero no son estadísticamente significativos (Hojat, 2003).

En relación a la carrera escogida, Truax, Altmann y Millis (1974) realizaron un estudio comparando las calificaciones de profesionales sanitarios y no sanitarios en la subescala de Empatía Precisa del Cuestionario sobre Relaciones de Truax y Carkhuff y demostraron que los profesionales sanitarios recibieron las calificaciones más altas, en comparación con el resto de muestra no sanitaria (Thomas *et al*, 2007).

Por otro lado, la especialidad o la elección de la carrera parece ser un factor influyente en el grado de empatía que posee el médico. Estudios realizados por Moore, Adler y Robertson, (2000), Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, (2010) y Hojat (2002, 2012) mostraron que los estudiantes interesados en medicina familiar, interna general, psiquiatría y pediatría obtenían puntuaciones medias más altas en los atributos humanísticos, medidos mediante examen clínico objetivamente estructurado de su actividad, que aquellos estudiantes de medicina interesados en anestesiología, patología, radiología, medicina de urgencias, y rehabilitación, los cuales obtuvieron puntuaciones más bajas. Siguiendo esta línea, Hojat *et al*. (2009) y Newton, Barber, Clardy, Cleveland y O'Sullivan (2008), las especialidades orientadas a las personas (como la medicina familiar, medicina interna, pediatría, medicina de urgencias, ginecología y obstetricia y

psiquiatría) obtienen mejores valores de puntuación de empatía que las especialidades orientadas a la tecnología o a los procedimientos (como anestesiología, radiología, cirugía y otras especialidades quirúrgicas) (Hojat *et al*, 2001, 2009; Newton, Barber, Clardy, Cleveland y O'Sullivan, 2008).

Respecto al género, los estudios parecen indicar que el género femenino obtiene valores más altos de empatía que el masculino (Davis, 1983; Hojat *et al*, 2001, 2002; Hojat, 2012; Baron-Cohen, 2003). El género femenino comienza a mostrar mayor sensibilidad a los estímulos sociales y a las señales emocionales a una edad más temprana que el género masculino. Esto parece ser debido a que la mujer posee habilidades orientadas al cuidado que resultan de la historia fisiológica (como el rol materno), cultural y de aprendizaje social. Las mujeres son mejores expresando el miedo, la tristeza, el amor, la felicidad y son más receptivas a las señales emocionales y a las señales no verbales, a través de las expresiones faciales y el lenguaje corporal que el género masculino. Sin embargo, el género masculino expresa mejor el enojo y el odio (características no empáticas), tiene mucha más habilidad para la realización de técnicas instrumentales, para la resolución de problemas y mejor control emocional (Hojat, 2012).

Finalmente, respecto a la experiencia profesional, DiLalla (2004) y Neumann (2011) demuestran un decrecimiento de la empatía conforme avanza la carrera de medicina. Los alumnos de primer curso tienen un mayor grado de empatía que los residentes. En caso de enfermería, el patrón es muy similar. Hojat *et al*. (2001), también obtiene los mismos resultados acorde con este decrecimiento conforme el personal sanitario trabaja dentro del ámbito profesional.

Específicamente en el ámbito de enfermería las variables que influyen en el grado de empatía son las mismas que en el ámbito de medicina y presentan resultados muy similares. Wilkinson, Roberts y Aldridge (1998) realizan una evaluación sobre los programas para el desarrollo de habilidades comunicativas entre profesional de enfermería y pacientes ingresados en la unidad de paliativos que llevaron a cabo los autores, analizando los factores u variables que influyen en cómo se comunican los profesionales de enfermería. Concluyeron que las variables que afectaban al grado de empatía del profesional de enfermería eran la experiencia, cuanto más experiencia menos empatía tenía el profesional. Además, las profesionales de enfermería novatas presentaban mejores resultados de empatía que las veteranas. Estos resultados, de acuerdo

con otros estudios ya presentados durante este bloque, sugieren que las novatas pueden tener mayor empatía porque todavía no han adquirido malos hábitos y tienen menos riesgo de padecer al principio de sus carreras *burnout*. Otra variable influyente es el género, donde el género femenino presenta mejores niveles de empatía que el masculino. Yu y Kirk (2008) realizan una revisión sistemática sobre cómo medir la empatía en estudios de enfermería y analizan las variables influyentes en el grado de empatía, así como la correlación que existe entre variable y grado de empatía. Según los autores, la edad resulta ser una variable influyente en 3 de los 5 casos donde estudian dicha variable, sugiriendo que cuánto más mayor es el profesional de enfermería menos grado de empatía presenta. Estos resultados son similares a los de Wilkinson, Roberts y Aldridge (1998) donde también estudian la edad como un factor importante, pero se contraponen a los resultados de Hojat (2002, 2012), en el ámbito de la medicina, donde la edad es un factor a tener en consideración, pero no presenta no presentan diferencias estadísticamente significativas. Siguiendo con Yu y Kirk (2008), también determinan que la experiencia es una variable relevante, pero en 3 de los 5 estudios donde se tuvo en cuenta la experiencia, ésta parece no tener correlación con el grado de empatía. Por otro lado 1 de estos 5 estudios sí determinó que cuanto más experto es el profesional de enfermería menor es su nivel de empatía. En relación con el género, 2 de los 4 estudios donde se analizó la variable género determinaron que el género femenino obtenía resultados estadísticamente significativo mejores que el género masculino. Sin embargo, en los otros 2 estudios, entre ellos el estudio de Kliszcz, Nowicka-Sauer, Trzeciak y Nowak (2006) no se encontró correlación entre género y grado de empatía.

2.3.6 Modalidades de evaluación de la empatía

El constructo de empatía se ha estudiado desde múltiples perspectivas teóricas, las cuales han ofrecido diferentes definiciones y maneras de poder estudiarla, medirla y evaluarla (Bohart *et al*, 2002; Neumann *et at*, 2011; Yu y Kirk, 2008).

Desde una perspectiva cualitativa, el acercamiento a la empatía se ha hecho desde la observación participante o no, donde los estudios se basaban en grupos focales o de discusión y se realizaba un análisis del discurso mediante diversos programas. Tras esta recogida de datos se realizaba una transcripción y posterior categorización de la información (Olivera, Braun y Roussos, 2011).

Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil (2011) realizan una revisión de estudios que desarrollan la empatía y sólo encuentran 3 estudios que utilicen una metodología cualitativa de estudio, donde los resultados de mejora de la empatía en los 3 estudios no fueron estadísticamente significativos. También, Pedersen (2009) realiza una revisión bibliográfica crítica sobre los estudios que desarrollan la empatía en el ámbito de medicina. De las 206 publicaciones seleccionadas, 33 estudios analizaron la empatía a través de métodos cualitativos. Los autores concluyen con que sólo pocos estudios cualitativos de los 33 estudios analizan específicamente la empatía y realizan un diseño para el estudio de la empatía. El resto de estudios se desarrollaron utilizando una metodología cuantitativa, y 3 de ellos fueron utilizando una metodología mixta, pero con resultados poco claros ya que no especificaron qué tipo de empatía median y los datos que obtuvieron de las investigaciones no ofrecieron conclusiones coherentes entre el concepto que medían, cómo lo median de forma cuantitativa y cómo fueron analizados los datos de forma cualitativa.

Por otra parte, este concepto también puede ser medido y evaluado desde una perspectiva cuantitativa, ya sea mediante escalas, cuestionarios de auto administración u otras modalidades, como la utilización de herramientas tecnológicas (como por ejemplo la Tomografía Axial Computarizada) para evaluar el grado de función neuronal que existe en relación con la empatía, o el registro de pruebas fisiológicas que responden a estímulos involuntarios, a través de la lectura de la mirada (Olivera, Braun y Roussos, 2011; Stepien y Baerstein, 2006).

Un ejemplo de ello, lo encontramos en “Leer la mente a través de la mirada” (citado el Olivera, Braun y Roussos, 2011). Se trata de un test que estudia la capacidad de comprender los sentimientos/ pensamientos de los otros a través de la lectura de la mirada en los adultos. Diversos autores como Baron-Cohen *et al.* (2001) mencionaban que este constructo se superponía al de empatía, con lo cual el estudio supondría, al menos en parte, conocer también el grado de empatía del adulto. Se trata de 36 imágenes donde se pueden visualizar a personas expresando algún sentimiento, y el sujeto debe comprender las representaciones de los estados mentales y relacionarlos con las expresiones faciales que ve en las fotos. El rango medio es de 22 a 30 aciertos, y más de 30 aciertos indicarían un alto grado de empatía. Ha sido utilizado en pacientes con esquizofrenia o síndrome de Asperger y otras formas de autismo, en los cuales resulta una herramienta válida, ya que estos trastornos tienen en común la imposibilidad para entender el estado emocional de

otras personas. Sin embargo, para la población general no resulta un instrumento representativo ya que tiene varias limitaciones. La primera es que los actores que representan los sentimientos no los hagan con calidad; y en segundo lugar es que son fotografías con expresiones de los ojos estáticas, con lo que resta validez ecológica a la prueba.

Siguiendo el ejemplo de este estudio, resultan interesantes los llevados a cabo por Singer *et al.* (2004), quienes realizaron un estudio de parejas que eran examinadas mediante resonancia magnética, y hallaron que las parejas que más altas calificaciones de empatía tenían en la Escala de Empatía (Hogan, 1969) mostraron una actividad cerebral más intensa al observar a sus parejas experimentando dolor. Esto llevó a concluir que la empatía involucra actividades fisiológicas y neurológicas compartidas entre las personas que interactúan.

Pero, sin duda, la metodología cuantitativa más utilizada para medir la empatía son las escalas o test de auto administración por varias razones. En primer lugar, porque los test de auto administración, que son los más utilizados en la metodología cuantitativa, no precisan de ninguna valoración externa, sino que es el mismo individuo quien se autoevalúa. Por lo tanto, no se precisa que ningún investigador u otro recurso que se dedique a esa tarea o se emplee tiempo ni coste económico. En segundo lugar, suelen ser cuestionarios fáciles de entender y rápidos de evaluar. Todo ello permite utilizar una herramienta de medición y evaluación de la empatía de forma sencilla y que puede ser aplicada a grandes muestras. Siguiendo de nuevo a Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil (2011) los autores demuestran que del total de estudios que analizan el 92% emplean metodología cuantitativa, concretamente el 90% miden la empatía mediante escalas según la población a la que van dirigidas, y encuentran resultados estadísticamente significativos en la mejora de la empatía entre el pre-test y post-test o pos-test sólo.

En contraposición, la utilización de cuestionarios o tests como herramienta de medición y evaluación de la empatía puede presentar diversas dificultades, debido a que la evaluación se la realiza el propio individuo a sí mismo y no de forma externa. Esta situación puede conllevar en primer lugar a un problema de deseabilidad social, es decir, que las respuestas del individuo se traten de adecuar a lo socialmente correcto, y a lo que la sociedad valora de forma positiva, que puede o no corresponder a la respuesta que el

individuo ofrecería si fuera totalmente sincero y no estuviera condicionado por ningún factor. En segundo lugar, el problema se haya en la propia objetividad que puede tener el individuo consigo mismo, además de los juicios de valores que se puede auto realizar (Meherabian y Epstein, 1972). Un ejemplo de ello sería un individuo que cree ser muy empático, pero sus actos de forma objetiva no sean nada empáticos; o por el contrario, un individuo que objetivamente se consideraría con altos niveles de empatía y éste no tiene esa misma concepción de sí mismo. Como todo cuestionario, este instrumento en realidad nos informa sobre lo que “dice” el sujeto de sí mismo, no sobre lo que hace. En este caso, los resultados deben ser contrastados con la observación.

Una vez valoradas las dificultades que pueden presentar este tipo de cuestionarios cabe la posibilidad de minimizar las dificultades mediante varias acciones. En nuestra investigación ello comportará en primer lugar hacer que estos cuestionarios se empleen de forma anónima de manera que los participantes fueran lo más libres y sinceros posible al responder, evitando la deseabilidad social; y, en segundo lugar, asegurar a los participantes que sus respuestas sólo tienen una finalidad investigadora y que ninguna respuesta puede repercutirles en su carrera como estudiantes ni como profesionales. Y, finalmente, o, que los datos provenientes de los cuestionarios sean contrastados, como hemos dicho y plantaremos en nuestro trabajo empírico, con la observación sistemática de la conducta en diversas sesiones a lo largo de la investigación.

2.3.7 Escalas generales para medir la empatía

Los instrumentos generales para evaluar la empatía se pueden clasificar de diferentes maneras, dependiendo del enfoque de la empatía que se quiera evaluar y el ámbito en el que se contextualice (Finfgeld-Connett, 2008). Se destaca la clasificación que realizan Fernández-Pinto *et al.* (2008) de los instrumentos más utilizados y más relevantes en las investigaciones. Estos instrumentos son escalas y cuestionarios auto administrados tipo test con altos niveles de validez y confiabilidad, con la característica de que cada uno de ellos utiliza diferentes definiciones operacionales sobre la empatía de las personas, ya que valoran y miden la empatía teniendo en cuenta diferentes dimensiones.

a) En primer lugar se encuentra la Hogan Empathy Scale, creada por Hogan (1969), la cual evalúa la empatía desde una dimensión cognitiva. Esta escala se desarrolló en base a

la definición de empatía que el propio autor explicita, y que ya hemos recogido en apartados anteriores. Se trata de un cuestionario auto administrado formado por 64 ítems, dividido en 3 subescalas que responden a preguntas de verdadero o falso. Presenta una consistencia interna de 0.94 en población general, mientras que estudios con población específica en el ámbito sanitario la consistencia interna decreció hasta el valor de 0.57 (Hanna, 2014; Martí, 2011).

La principal dificultad que presenta este instrumento es que es de difícil comprensión general, ya que los ítems fueron determinados en gran parte por psicólogos que utilizaron terminología de dicho ámbito. Además, dicha herramienta parecía ser más válida para el género masculino que para el femenino, no considerando la edad de los participantes (Hogan, 1969).

b) Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) creado por López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad (2008), con consistencia interna de 0.86. Se trata de un test que mide la empatía desde una perspectiva integradora o multidimensional, y está desarrollada para emplearse prioritariamente en población adulta. El TECA está compuesto por 33 ítems, divididos en 4 sub escalas: Adopción de perspectivas, Comprensión emocional, Estrés empático y Alegría empática. Se trata del único test que ha sido desarrollado originalmente en español y validado por estudios con muestra de adultos españoles (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008; Olivera, Braun y Roussos, 2011).

c) Cuestionario Empathy Quotient, creado por Baron-Cohen y Weelbright (2001). Este cuestionario mide la empatía desde una perspectiva integradora o multidimensional, y su valor de consistencia interna es de 0.85. Está compuesto por 40 ítems, divididos en 3 subescalas: cognitivo, habilidades sociales y reactividad emocional (Hanna, 2014; Martí, 2011).

Wakabayashi, Baron-Cohen, Wheelwright y Tojo (2006) desarrollaron una versión abreviada compuesta por 22 ítems, diseñada como instrumento específico para el diagnóstico del autismo y del síndrome de Asperger en adolescentes y adultos (Baron-Cohen, 2006). d) Emotional Empathy Scale (EES), creada por Mehrabian y Epstein (1972). Se trata de un cuestionario auto administrado que mide la empatía desde una perspectiva afectiva, presentando una consistencia interna con un valor de 0.84. Está compuesto por 33 ítems, a los cuales la persona puede otorgar unos valores del -4

(completamente en desacuerdo) a +4 (completamente de acuerdo). Además, los ítems están divididos en 7 sub escalas: susceptibilidad de contagio emocional, apreciación de los sentimientos de personas ajenas al círculo cercano de la persona, capacidad de respuesta emocional extrema, tendencia a conmoverse ante las experiencias emocionales positivas de otros, tendencia a conmoverse ante las experiencias emocionales negativas de otros, tendencia a la simpatía, y voluntad de estar en contacto con otras personas que tienen problemas.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en el campo de la psicología social y la psicología evolutiva para evaluar la empatía emocional, sobretudo en población adolescente. Esta escala tiene en cuenta: la ausencia de agresividad hacia el otro y la conducta de ayuda. Un alto nivel de empatía emocional supondría menos posibilidades de comportarse de manera agresiva (Mehrabian, 1997; Hemmerdinger Stoddart y Lilford, 2007).

e) Por otro lado, los mismos autores de la escala EES crearon una nueva versión en 1996, llamada Escala de la Empatía Emocional Balanceada, o en término original inglés Balanced Emotional Empathy Scale (BEES), la cual presenta un índice de consistencia interna mayor que la EES, con un valor de 0.87. Esta escala tiene una versión validada en español, lo que supone una ventaja para el estudio de la empatía en nuestro ámbito. La BEES está constituida por 30 ítems, los cuales se evalúan de la misma manera que la EES y comparten mismas dimensiones. Esta escala ha sido utilizada en el ámbito de enfermería, específicamente con una muestra de estudiantes de enfermería, en el cual los resultados mostraron diferencias de empatía entre género masculino y femenino, a favor de éste último (Hemmerdinger Stoddart y Lilford, 2007; Pedersen, 2009; Neumann *et al.*, 2011; Batt-Rawden, Chisolm, Anton y Flickinger, 2013).

Existen otras herramientas que miden la empatía, pero no cuentan con el grado de implementación de las anteriores. Estas son la Escala General de Empatía, Codificación de la comunicación empática o Esquema de Codificación de los cuatro hábitos (Reynolds, 1999).

Además de todas estas escalas que miden la empatía de forma general, existen otras orientadas a medir la empatía específicamente en el ámbito sanitario. Éstas pretenden medir y evaluar la empatía desde un prisma diferente, teniendo en cuenta la especial

importancia de este constructo en la relación social y comunicación entre personal sanitario, y entre profesional sanitario- pacientes y/o familiares de éstos.

2.3.8 Escalas específicas del ámbito sanitario para medir la empatía

Con un carácter más específico, las herramientas más utilizadas en el ámbito sanitario han sido Interpersonal Reactivity Index (IRI); y la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) (Bombeke, 2011; Hojat, 2012). Veámoslas con más detalle.

a) Interpersonal Reactivity (IRI), creada por Davis (1980). Aunque originariamente no fue diseñada para ser empleada en un contexto sanitario, esta escala ha sido utilizada profusamente en el ámbito sanitario para medir la empatía. Se ha aplicado en diversos estudios para evaluar diferentes variables que podrían afectar al grado de empatía, como por ejemplo las diferencias de género en la disposición empática el desarrollo psicosocial y la conducta psicosocial en población adolescente, así como la función inhibidora de la empatía en la conducta agresiva (Eisenberg, 2000).

IRI es un cuestionario auto administrado que evalúa la empatía desde una perspectiva multidimensional, incluyendo las dimensiones cognitiva y afectiva. Está compuesto por 28 ítems distribuidos en cuatro subescalas, cada una de estas compuesta por siete sub ítems (Hojat, Mangione, Kane y Gonnella, 2005; Yu, 2009).

Las dos dimensiones, o las cuatro subescalas, son las siguientes (Martí, 2011).

Dimensión cognitiva:

- ✓ Toma de perspectiva: mide la capacidad de entender puntos de vista diferentes ante situaciones presentes o hipotéticas. Ej. “A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra perspectiva”.
- ✓ Fantasía: mide la capacidad imaginativa de una persona para identificarse y ponerse en el lugar de un personaje de ficción. Ej. “Cuando estoy leyendo una historia interesante o una novela, imagino cómo me sentiría si los acontecimientos de la historia me sucedieran a mí”.

Dimensión afectiva:

- ✓ Preocupación empática: mide la respuesta afectiva de una persona ante las dificultades de otras personas, manifestándose en sentimientos de compasión y cariño hacia otros. Ej. “A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo”.
- ✓ Malestar Personal: mide el malestar o el sentimiento de malestar que experimenta la persona ante el estado emocional de otras personas, y la dirige a intentar aliviar su propio estado en lugar de ayudar a la otra persona. Ej. “Me asusta estar en una situación emocional tensa”.

Este cuestionario tiene una puntuación máxima de 112 puntos totales, siendo una valoración tipo Likert de 0 (no me describe muy bien) a 4 (me describe muy bien). Asimismo, se realizaron cuatro versiones de esta herramienta la cual consecuentemente se fue perfeccionando, con una consistencia interna de valores entre 0.70 y 0.78, en función de la subescala (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez 2008).

También, existe una versión en lengua española traducida por Pérez-Albéniz, Paúl, Etxeberria, Paz, Torres y Vasco, (2003), que obtiene similares características psicométricas a las que tiene el instrumento en su versión en lengua original inglesa.

b) Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), creada por Hojat *et al.* (2001). La JSPE es una escala que mide la empatía desde una perspectiva cognitiva y afectiva o emocional.

Es una de las escalas más empleadas, con una amplia literatura de referencia en el ámbito clínico. Muchos de los estudios que utilizan esta escala se realizan en contextos tan dispares como en el ámbito de estudiantes de medicina y residentes, estudiante de enfermería, profesionales de enfermería, especialidades de enfermería como comadrona, así como en el ámbito farmacéutico, estudiantes de terapia ocupacional, estudiantes de odontología, paramédicos, estudiantes de psiquiatría, anestesistas, psicólogos, estudiantes de nutrición y dietética o de kinestesia (Fields, Hojat *et al.* 2004; Chen, 2007; Pedersen, 2009; Fields, Mahan, Tillman, Haris, Maxwell y Hojat, 2011; Chen, 2012).

En todas las investigaciones mostraron propiedades psicométricas con un moderado/alto nivel de fiabilidad y validez en residentes, médicos, enfermería y practicantes (Brown et al, 2011), y una consistencia interna entre 0.87 y 0.89 (Bombeke, 2011).

Este cuestionario auto administrado está compuesto por 20 ítems, puntuados mediante escala tipo Likert: siendo 1 la puntuación más baja (totalmente en desacuerdo), a 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación de este cuestionario varía desde la puntuación mínima de 20 puntos, a la puntuación máxima de 140 puntos (McMillan y Shannon, 2011; Tavakol, Dennick y Tavakol, 2011; Jones, Letvak y McCoy, 2013).

Este cuestionario está constituido por tres dimensiones que son: la Toma de perspectiva; los cuidados o la atención compasiva; y la habilidad de ponerse en el lugar del paciente (Ward, Schaal, Sullivan, Bowen, Erdmann y Hojat, 2009).

Este instrumento tiene varias versiones adaptadas culturalmente y está disponible en más de 40 idiomas, entre ellas la lengua castellana. Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitás-Herrera, Rodríguez-Lara y Hojat (2005) validaron la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mejicanos. Esta escala traducida al español tiene una validez y fiabilidad dentro de los parámetros correctos y ha sido empleada en otros estudios con muestras de estudiantes de enfermería y otras ciencias de la salud, todo y que esta escala fue diseñada para el ámbito médico. Esta traducción resulta ser la única escala de la que se dispone en versión española, validada y utilizada a otros ámbitos sanitarios mediante la cual ha sido posible medir el grado de empatía del resto de profesionales sanitarios no médicos y poder realizar estudios pre-post de forma cuantitativa y utilizando una escala con fiabilidad y validez. A la hora de utilizar esta escala hay que tener en consideración alguna de las variables que pueden influir en el grado de empatía. Tal y como varios estudios concluyen, los niveles de empatía decrecen de forma general durante el segundo año de carrera en los médicos y residentes, que justamente es el año de carrera en el cual inician sus prácticas en asistencia sanitaria; y, después parece ser que los niveles de empatía aumentan de nuevo (Chen, 2007; Ubillús, Sidia, Rentería, Reátegui, Rodríguez y Sotelo, 2010; Neumann *et al*, 2011). De igual forma, la diferencia de empatía entre género masculino y femenino es estadísticamente significativa en varios estudios, presentando el género femenino mayor nivel de empatía

que el género masculino. Por otro lado, la edad parece no tener correlación en la muestra de estudiantes de medicina en relación con su grado de empatía.

En referencia a los estudios en el ámbito de enfermería que han utilizado la JSPE como herramienta para medir la empatía, se obtuvieron resultados parecidos a los obtenidos en diferentes ámbitos sanitarios. Se destaca la falta de formación en empatía durante los estudios de Enfermería, y a diferencia de estudios en medicina, el profesional de enfermería parece tener valores similares de empatía durante toda su carrera universitaria (McKenna, 2012). También señalan que el profesional de enfermería tiene un mayor grado de empatía en comparación con el personal médico, dato que contrasta con otros estudios en los cuales no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Yu y Kirk, 2008, 2009; Bombeke *et al*, 2011).

Existen otras versiones de la JSPE, la JSPE-HP diseñada especialmente para ser utilizada en otros profesionales sanitarios, y no específicamente para médicos como la versión original de la JSPE, de las cuales se hablarán en el próximo apartado.

2.3.9 Escalas específicas del ámbito de enfermería para medir la empatía

Veamos a continuación escalas de empatía diseñadas exclusivamente para el ámbito de la enfermería.

A) La Empathy Construct Rating Scale (ECRS), creada por La Monica, Wolf, Madea y Oberst (1987), es la primera escala específica para medir la empatía en el ámbito sanitario y de enfermería. El objetivo principal de esta herramienta fue evaluar un programa de entrenamiento para el desarrollo de empatía en estudiantes de enfermería y profesionales mediante 100 ítems. Este estudio demostró que se precisaba una muestra de aproximadamente 200 personas para que las características psicométricas fueran altas. Esto conlleva disponer de una gran muestra de estudio para que la ECRS obtenga resultados con la suficiente fiabilidad y validez (La Monica, Wolf, Madea y Oberst 1987; Pedersen, 2009; Yu y Kirk, 2009).

La escala engloba una perspectiva cognitiva y afectiva, compuesta por 100 ítems en su primera versión y se mejoró hasta reducirla a 84 ítems, divididos en 5 sub escalas: comportamiento no verbal, características personales (como por ejemplo la honestidad), respeto a otros y a ti mismo, sensibilidad con los demás, y la última sub escala responde a términos de cómo dar apoyo. En 1996, se desarrolló esta misma herramienta en versión corta compuesta por 20 ítems.

A pesar de ser, como se ha dicho la escala más utilizada en estudios de enfermería, la ECRS cuenta con la limitación de muestra comentada y, como señala Reynolds (2002), el contenido de esta escala no parece basarse en ningún modelo teórico, lo que afecta negativamente a la validez de dicha escala.

B) La Reynolds Empathy Scale (RES) es un instrumento desarrollado por profesionales de enfermería en el Reino Unido para permitir a la enfermera entender mejor cómo aplicar sus habilidades comunicativas en términos de comportamiento empático (Reynolds y Scott 2000). El objetivo de esta escala es medir el progreso de la empatía teniendo en cuenta la opinión y percepción del paciente, así como la percepción del profesional de enfermería desde una perspectiva multidimensional. Esta escala presenta una validez, una consistencia interna y una validez moderada/alta. Se trata de una escala compuesta por 12 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert de 100% (siendo el valor 1: muy de acuerdo) a 0% (siendo el valor 7: muy en desacuerdo). Pese a ser relativamente nueva, está siendo progresivamente utilizada en varios estudios y sus características psicométricas de validez y fiabilidad son moderados. También, parece ser útil para valorar la sensibilidad de cambios durante programas de entrenamiento, es decir, es una buena escala para valorar la empatía pre y post intervenciones (Mercer y Reynolds, 2002). Marco, Reynolds, Fonfria, Muñoz, Bellver, Fonfria *et al.* (2004) realizaron una adaptación al español de la encuesta de empatía de Reynolds, encuesta todavía no validada y tampoco se conoce su fiabilidad ya que no hay estudios posteriores. Por estos inconvenientes no es ampliamente utilizada en español y no hay estudios que la utilicen y aporten datos fiables como para ser la escala que se utilice en el presente proyecto.

C) La JSPE dispone de una nueva versión, llamada JSPE-HP, diseñada para ser empleada con los profesionales del ámbito sanitario: profesional de enfermería, medicina y otros profesionales relacionados con el gremio (Hojat *et al.*, 2002; McMillan y Shannon,

2011). Del mismo modo, se modificó la JSPE original para estudiar la empatía en los estudiantes de medicina y otros profesionales, desarrollando así la versión JSPE versión E. Este cuestionario, versión E, auto administrado está compuesto por 20 ítems. Esta nueva escala fue revisada por enfermeras que ayudaron a la mejora de la nueva versión y se añadieron dos ítems más relacionados con el sentido del humor (ítem 8 y 16). El motivo por el cual se valora el sentido del humor es porque representa un indicador de empatía, de forma que cuanto más sentido del humor se tenga más se reduce el estrés en el paciente, mayor aumento de empatía entre la relación paciente enfermera existe y todo ello contribuye a una mejoría clínica del paciente (Yates, 2001).

Por último, existe una versión que se emplea en el ámbito de enfermería llamada Jefferson Scale of Empathy for Nursing Students (Ward, Schaal, Sullivan, Bowen, Erdmann y Hojat, 2009). La validez de la escala es de 0.77 y 0.87, dependiendo de la subescala y, obteniendo resultados psicométricos similares a los de la escala general JSPE, pero no está disponible en versión española.

En resumen, la empatía en el ámbito de enfermería puede ser medida y evaluada mediante diversas escalas y/o cuestionarios, donde cada una de ellos dispone de características diferentes que se tendrán que tener en cuenta a la hora de escoger el instrumento que más se adecue al objetivo de cada estudio.

En el presente trabajo se escogerá como herramienta para medir y evaluar la empatía la JSPE versión S, ya que es la escala que más se adecua a nuestros objetivos y contexto y que presenta unas características psicométricas buenas, en cuanto a validez y fiabilidad. Asimismo, otra ventaja de la que dispone la JSPE-S es que se encuentra adaptada culturalmente a la lengua española todo y que la población donde se tradujo transculturalmente fue México y no España. Todo y ello, muchos de los estudios con muestra de estudiantes de enfermería, podólogos, odontólogos y otras profesionales sanitarias, la consideran apta para poder ser aplicada en nuestro tipo de población: estudiantes del Grado de Enfermería.

2.3.10 Intervenciones para el desarrollo de la empatía en el ámbito sanitario

Tal y como se ha nombrado anteriormente, las habilidades comunicativas se consideran una competencia básica en muchos de los grados de ciencias de la salud, haciendo

especial énfasis en los estudios de Grado de Enfermería (Gómez, Moore y Araos-Baeriswyl, 2012; Moore, Gómez y Kurtz, 2012).

Entre las diversas habilidades comunicativas, la empatía es un componente clave en la mediación comunicativa y relación terapéutica. Reynolds (1999) revisa los trabajos de distintos autores de los años 70 que confirman en una docena de estudios que la empatía es el principal determinante de los resultados exitosos de pacientes en situaciones de psicoterapia y orientación terapéutica. También, Rogers (1975) ya justificó reiteradamente, mediante una revisión de 22 estudios el papel crucial de la empatía en los procesos curativos. Existe, pues, una amplia evidencia de que la empatía es el ingrediente principal en la relación de ayuda terapéutica (Fallowfield, Jenkins, Farewell, Saul, Duffy y Eves, 2002; Pedersen, 2009; Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).

Todas estas evidencias tienen como resultado que la empatía sea un objetivo curricular, que debe aprenderse y dominarse como una habilidad esencial dentro de la competencia clave de comunicación y relación interpersonal. La aparición de una gran variedad de intervenciones innovadoras es fruto de la necesidad de alcanzar dichos objetivos.

Las intervenciones para el desarrollo de la empatía requieren de un aprendizaje formal basado en cinco elementos necesarios: definición y delineamiento sistemático de las habilidades; observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades; feedback o retroalimentación; prácticas o ensayo de las habilidades; y, finalmente, evaluación (Kurtz y Silverman, 1996). Ajustándose a esta estructura de aprendizaje se encuentran diferentes tipos de intervenciones para el desarrollo de habilidades comunicativas, entre ellas la empatía como la propuesta que presenta Makoul (2001) donde diseña un *checklist* de actividades o tareas médicas comunicativas, llamado SEGUE, que fue diseñado con la finalidad de facilitar el aprendizaje y evaluación de habilidades comunicativas en el ámbito de medicina. SEGUE también sirve como herramienta para el desarrollo de entrenamiento en habilidades comunicativas donde se contempla la empatía y ha sido empleado en diferentes ámbitos como en estudiantes de osteopatía, pero no se nombra que haya sido empleado en el campo de la enfermería. Como limitación de este instrumento es que es una herramienta muy específica y con posibilidad de respuesta doble (sí/no) lo cual es más dificultoso que pueda medir de forma general la mejora de la competencia clínica.

Pese a ello, aunque los estudios demuestran que es clave y posible incrementar los niveles de empatía en enfermería, no está determinado qué contenidos deben ofrecerse, qué métodos son los más eficaces, ni qué tiempo de entrenamiento se precisa para desarrollar estas competencias (Ançel, 2006; Ozcan, Oflaz y Sutcu 2010). Bunero, Lamont y Coates (2010) realizar una revisión sistemática donde también llegan a la conclusión que en muchos estudios no se especifican ni objetivos ni métodos estrella para el desarrollo de la empatía en enfermería, pero sí que determinan que la variedad de metodologías es lo que enriquece el entrenamiento de la empatía y que utilizar diferentes formatos de actividades como la simulación, juego de roles, la visualización de películas o audios puede mejorar el grado de empatía comparado con aquellos entrenamientos que utilizan un formato de actividad único.

En respuesta a estas cuestiones abiertas y tan importantes para la planificación de una intervención efectiva que permita el desarrollo de la empatía en enfermería, encontramos una revisión bibliográfica de Chant, Jenkinson, Randle, Russel y Webb (2002). Estos autores explican la gran variedad de intervenciones que existen en enfermería para el desarrollo de las habilidades comunicativas, a pesar de su poco uso y escasa investigación. Así destacan que, en términos de tiempo dedicado a las intervenciones para el desarrollo de las habilidades comunicativas, pocos estudios ofrecen recomendaciones, variando los tiempos de entrenamiento desde seis a cuarenta horas. Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing y Van de Wiel (2000) determinan que la duración de los entrenamientos puede variar entre seis y cien horas y de dos a diez semanas, con una muestra de sujetos que puede variar de 8 a 218 participantes.

Visto que, a pesar de su relevancia, tenemos pocos datos concluyentes que guíen en el diseño de intervenciones para el desarrollo general de la empatía, veamos distintas intervenciones prácticas de forma detallada, para inducir algunos de estos elementos.

a) Desarrollo de la empatía mediante el aprendizaje experiencial

El aprendizaje experiencial tiene como motor principal la propia experiencia vivida por el estudiante, ya sea en situaciones reales o simuladas (Tiuraniemi, 2011; Wilkes, Milgrom y Hoffman 2002). Este tipo de aprendizaje abarca la utilización de diferentes técnicas como, por ejemplo, la utilización de espejos en una sala. Esta técnica implica un autoanálisis de la interacción viéndose en el espejo, ofreciéndose in situ un feedback y

autoevaluación, lo cual permite el desarrollo y mejora de la empatía de forma cómoda y sin la presión de un observador externo (Moore, Gómez y Kurtz, 2012).

El aprendizaje experiencial admite tanto la interacción con pacientes reales como con situaciones simuladas. Respecto a las primeras, el papel del estudiante consiste en la observación directa de la interacción entre profesional y paciente real mientras se realiza la ejecución de un procedimiento o técnica. Una vez el estudiante ha observado y muestra competencias suficientes, interacciona con el paciente de forma guiada por el profesional. Este tipo de técnica finaliza cuando el estudiante es capaz de establecer una relación empática con el paciente sin la guía del profesional y de forma autónoma. Se trata de un aprendizaje guiado por el profesional durante todo el proceso y realizado en contexto profesional con pacientes reales, lo cual posee ventajas y desventajas en el desarrollo del aprendizaje del alumnado, comparado con el aprendizaje mediante la simulación el cual se explica a continuación (Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing 1999).

Respecto a la simulación, se define como el proceso de diseñar un modelo lo más real posible y llevarlo a la práctica en un contexto no real, con la finalidad de desarrollar, en este caso, la empatía dentro de un contexto educativo (Arthur, 1999). El aprendizaje experiencial y en concreto la simulación favorece el desarrollo de la comunicación, del pensamiento crítico y de las intervenciones terapéuticas (O'Shea *et al*, 2013).

En esta línea, Manguire, Booth, Elliott y Jones (1996) realizaron un estudio con una muestra de 169 profesionales sanitarios que trabajaban en la unidad de oncología, y utilizando la simulación mejoraron su forma de comunicarse con los pacientes con cáncer abordando sus principales preocupaciones. Se desarrolló la capacidad de realizar preguntas directas, preguntas de carácter psicológico y clarificación de información que manifestaba el paciente de carácter psicológico. La mejora de estas habilidades fue estadísticamente significativa, y un dato a destacar es que la empatía no mejoró. Los autores explican que posiblemente la empatía no mejorará porque el profesional sanitario hace una barrera entre los sentimientos del paciente y los suyos propios como profesional, conclusión similar que ofrecen muchos otros estudios ya expuestos en los apartados anteriores.

Así mismo, Henry-TillmWhiten, Deloney, Savidge, Graham y Klimberg (2002) realizaron un estudio utilizando el aprendizaje experiencial, donde a los alumnos de medicina que cursaban el primer año de carrera se les asignaban a un paciente oncológico

por cada alumno y estudiante-paciente compartían todo el proceso de tratamiento oncológico del paciente. Los alumnos eran como “la sombra” de los pacientes. Tras una semana los alumnos se reunían en pequeños grupos y con un cirujano con la finalidad de compartir sus experiencias y reflexionando sobre lo que habían vivido con el paciente asignado. Los estudiantes respondían a preguntas sobre cómo ha sido la comunicación entre doctor y paciente, cómo el paciente entendía lo que le estaba sucediendo durante su visita clínica, qué grado de satisfacción manifestaban los alumnos tras la experiencia. Los estudiantes vivieron esta experiencia de forma positiva y les ayudó a humanizar sus cuidados. Éste puede ser un ejemplo de práctica experiencial entre otros como simulación y juegos de rol.

Utilizando grabaciones y audios y juegos de rol con simulación de pacientes como metodología de aprendizaje y feedback (20 minutos por sesión) ya que resultan ser metodologías altamente efectivas para la promoción y desarrollo de las habilidades comunicativas. Wilkinson, Roberts y Aldridge (1998) realizan una evaluación sobre los programas para el desarrollo de habilidades comunicativas entre profesional de enfermería y pacientes ingresados en la unidad de paliativos. Además, identificaron las áreas de comunicación donde los profesionales de enfermería presentan mayores dificultades para poder ayudarlos y los factores que influyen en cómo se comunican los profesionales de enfermería. El programa tuvo una duración de 6 meses realizando un corte a los 3 meses evaluativo, un total de 26 horas de entrenamiento. Se evaluaron diferentes áreas de valoración individual (ej. Valoración psicológica del paciente, valoración física del paciente, valoración social, conciencia del diagnóstico del paciente). Los resultados en referencia a la efectividad del programa mostraron que hubo una mejora comparando los resultados iniciales con los resultados obtenidos al cabo de los 3 meses, y los resultados al cabo de los 6 meses también mostraron mejorías excepto en el área de valoración psicológica y social donde se mantuvieron los mismos valores de los 3 meses. Esto resulta ser un dato interesante para el desarrollo de la empatía ya que son las áreas donde el profesional de enfermería debe mostrar un mayor dominio de sus habilidades. Los autores concluyen que este hecho puede ser debido a que el profesional de enfermería se siente más incómodo profundizando en la valoración psicológica del paciente en cuanto a cómo afecta la enfermedad al propio paciente, y se sienten más cómodos evaluando el área física y social. Además, los autores también aclaran que cuando se evaluó a los participantes a los 3 meses el entrenamiento había acabado de

forma reciente y no siguieron realizando más entrenamiento durante los otros 3 meses restantes hasta realizar la última evaluación a los 6 meses. De cualquier manera, se obtuvieron mejoras en todas las áreas comparando los resultados pre-post (antes del entrenamiento-6 meses después), pero no fueron significativos. Respecto a la metodología empleada en el entrenamiento, los autores concluyen que los juegos de rol con simulación, pese a ser una técnica que pueda provocar estrés en el estudiante, fue muy efectiva para desarrollar este tipo de habilidades y que la oportunidad de que los alumnos se vieran actuando después y se hicieran autocrítica resultó ser un aspecto muy importante en la mejora de las habilidades comunicativas.

A diferencia del aprendizaje con pacientes reales, la simulación presenta varias ventajas, como ya hemos podido apreciar en el apartado anterior, que necesitan ser explicadas para entender la gran cantidad de oportunidades de aprendizaje que puede brindarnos este tipo de técnica. La primera de ellas es que permite que el alumno se equivoque repetidas veces sin consecuencias que puedan perjudicar al paciente o al propio alumno (Durá, 2013). Se convierte pues, en un contexto en el cual se pueden ensayar situaciones de forma repetida y reflexionar sobre ellas hasta desarrollar las habilidades adecuadas. Posiblemente si se vivieran estas mismas situaciones simuladas en un contexto real y de forma esporádica entre paciente y universitario, las dificultades que se presentaran podría no ser resueltas de forma inmediata, podrían ser resueltas de forma equivocada o quizás el universitario no sabría cómo actuar. En segundo lugar, la simulación ofrece un espacio en el cual todos los alumnos pueden ensayar situaciones muy variadas, comunes en la realidad y reflexionar sobre éstas. Por último, este tipo de intervención permite medir, evaluar y reevaluar las competencias comunicativas y relacionales, entre ellas la empatía, en un contexto seguro, donde no hay presión asistencial y los errores no tienen consecuencias en los pacientes. Sin embargo, la desventaja de las situaciones simuladas se localiza en que el alumno no las vive como simulaciones reales, sino como una situación artificial y no actúa como realmente lo haría en un contexto real (Ançel, 2006).

Una vez descritas las técnicas más utilizadas para el desarrollo de la empatía mediante la experiencia, se debe analizar la efectividad de éstas. Diversos autores demuestran que existe una mejora de la empatía a través de alguna de estas técnicas en el ámbito de la enfermería. A pesar de que no hay una única técnica clave, sino que se debe adecuar la técnica teniendo en cuenta las variables del grupo con el cual se trabaje (Yu, 2008;

Shapiro, Lancee y Richards-Bentley, 2009; Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil, 2011).

b) Desarrollo de la empatía mediante el abordaje teórico apoyado con el experiencial

Se trata de técnicas que combinan las bases teóricas de un temario específico perteneciente al contenido curricular, pero que además se lleva a cabo a través de técnicas experienciales como escenarios de simulación o con el propio paciente real o resolución de problemas. Dentro de este tipo de intervención se encuentran diferentes técnicas, donde el motor del aprendizaje es la lectura de teoría y conceptos claves para el aprendizaje. Después se lleva a cabo la teoría a la práctica a través de juegos, casos reales, resolución de problemas (Batt-Rawden, 2013), casos clínicos (Brunero, Lamont y Coates, 2010; Delpier, 2010), o juego de rol (Bombeke, 2011; Fernández-Olano, Montoya-Fernández, Salinas-Sánchez, 2008).

La técnica juego de rol o role-playing destaca por su amplia utilización en diversos campos de ciencias de la salud. Esta actividad permite a los participantes explorar distintos roles diferentes a su propia visión, en escenarios lo más reales posibles. La finalidad es potenciar y mejorar el grado de empatía del alumnado, utilizando un entorno seguro en el cual posteriormente se analice la interacción entre compañeros y se ofrezca un feedback para la mejora de habilidades. En el caso de enfermería, la utilización del juego de rol puede servir para que el profesional de enfermería conozca mejor qué es ser paciente y llegue a empatizar más cuando se inserte en el mundo laboral. Una amplia variedad de estudios demuestra una mejora en los niveles de empatía, tras la utilización del juego de rol como técnica de aprendizaje (Reynolds y Scott, 2000; Stepien y Baernstein, 2006). En este contexto, se podría plantear un problema de salud habitual, como por ejemplo el caso de un paciente diabético mal controlado. De forma teórica se estudiaría la enfermedad de la diabetes, así como educación sanitaria en referencia al tema propuesto. Una vez dominado el tema, a través del juego de rol o simulación se podrían desarrollar y mejorar la empatía, además de afianzar conocimientos previamente estudiados llevados a escenarios prácticos.

Todas estas técnicas son ampliamente utilizadas en diferentes ámbitos. Aspy *et al.* (1984) observaron una mejora en las habilidades interpersonales en una muestra con profesores.

Además, obtuvieron que los alumnos expresaban ideas más abiertas y aumentaban el grado de responsabilidad.

Más específicamente, en el ámbito de enfermería, Pedersen (2009) y Reynolds (1999) demostraron una mejoría de la empatía con resultados estadísticamente significativos tras las intervenciones realizadas, incrementando su capacidad de autoevaluar sus habilidades, la habilidad de escucha activa y de comprensión de la perspectiva de otros, así como la comunicación verbal y no verbal. Otros autores como Edwards, Peterson y Davies (2006) realizaron una evaluación sobre un programa que implementaron en el ámbito de enfermería con la finalidad de desarrollar las habilidades comunicativas, en concreto la escucha activa e iniciación de habilidades. En este estudio emplearon un abordaje teórico apoyado en experiencial, utilizaron estudio de casos clínicos y resolución de éstos. Los resultados que caben destacar en relación con la escucha activa es que, aunque en el post-test las profesionales de enfermería realizaron más escucha activa, los resultados no fueron estáticamente significativos, pero la calidad de la escucha activa sí presentó mejoras estadísticamente significativas. Estas conclusiones plantean que para la mejora de estas habilidades no sólo la frecuencia es importante, sino la calidad de los procesos.

c) Desarrollo de la empatía mediante entrenamiento de habilidades

Este tipo de intervenciones están fundamentadas en tres fases: el primero de ellos, se trata de proporcionar a los estudiantes una descripción bien definida sobre las habilidades que deben ser aprendidas; en segundo lugar, demostrar la efectividad del uso de estas habilidades a través del “modelado”; y, por último, proporcionar situaciones prácticas para el desarrollo de las habilidades (Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing, 1999).

En el ámbito de la enfermería, destaca el estudio realizado por Herbek y Yammarino (1990) sobre la efectividad de un programa de aprendizaje y desarrollo de la empatía. Se considera un estudio con unos resultados extrapolables y, según revisiones bibliográficas bien realizado, estudio experimental con grupo control y pre-post entrenamiento de la empatía. Se llevó a cabo durante 6 sesiones, cada sesión de una hora durante 7 semanas seguidas. El objetivo de este programa era ayudar a mejorar el nivel de empatía de los profesionales de enfermería y mejorar las interacciones con sus pacientes. Los resultados demostraron que ambos grupos, tanto control como intervención mejoraron sus niveles de empatía, pero la mejora de empatía entre grupo intervención y grupo control no fue estadísticamente significativa sino una modesta diferencia, según los autores, pero sí que

fue estadísticamente significativa la mejora en los niveles de empatía entre el pre y post del grupo experimental.

d) Desarrollo de la empatía mediante la grabación audio y audiovisual

En este tipo de intervenciones se pretende analizar el comportamiento empático de los compañeros o de uno mismo a través de crear diferentes situaciones que son grabadas y posteriormente analizadas (Roter, Larson, Shinitzky, Chernoff y Serwint 2004). Normalmente, para que esta técnica sea más enriquecedora se realizan discusiones en grupo sobre un video que ha visto el grupo clase y después se ofrece un feedback que permita a los estudiantes mejorar su nivel de empatía (Stepien y Baernstein, 2006). La grabación de audio o audiovisual suele ser una técnica muy empleada para el desarrollo de habilidades comunicativas, ya que permite analizar tanto la comunicación verbal como la no verbal, en caso de la grabación de vídeo. Resulta una técnica práctica y que precisa de pocos recursos económicos, aunque sí requiere tiempo.

En el ámbito de enfermería, destacan los primeros trabajos de Layton (1979), que utilizaron diferentes tipos de técnicas para el desarrollo de la empatía a través de la grabación de casos. A diferencia de otras técnicas, la grabación requiere ser evaluada de forma más concreta que si se tratara de un aprendizaje experiencial. Para ello, Kurtz (2002) desarrolló una guía que permitía evaluar la empatía a través de la visualización de escenarios en los cuales paciente y profesional interactuaban.

e) Desarrollo de la empatía mediante intervenciones creativas

Hay una amplia variedad de intervenciones innovadoras y originales que engloban: la escritura de propias vivencias de procesos de enfermedad (Wikström, 2001; Dasgupta y Charon, 2004), u otro tipo de lecturas en voz alta, la lectura de casos reales de otras personas, la escritura (Shapiro, Rucker, Boker y Lie, 2006), la utilización de la poesía (Rosenthal *et al*, 2011) y literatura (Shapiro y Rucker, 2004; Lancaster, Hart y Gardner, 2002), programas de visualización de arte (Wikström, 2001) o la visualización de películas (Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil, 2011).

Un ejemplo podría ser redactar un texto explicando alguna situación de enfermedad propia o de algún familiar que se quiera compartir con el grupo o intercambiar el texto donde se explica alguna vivencia propia con el compañero de al lado. Después de la lectura se realiza una reflexión conjunta sobre las dos redacciones. Otro ejemplo que

ofrece la literatura es la visualización de la película “El Doctor” (The Doctor, 1991, director Randa Haines, EEUU, 128 minutos), en la cual se analiza el grado de empatía que tiene el doctor con sus pacientes y sus colegas. Se analiza cómo dependiendo del rol que tiene el doctor, como doctor, o como paciente, su grado de empatía varía y hace que el resto de sus colegas también mejoren su empatía con sus pacientes.

Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil (2011) realizan una revisión narrativa analizando todos los métodos de entrenamiento de empatía que se han utilizado durante los últimos 30 años en las disciplinas de ciencias de la salud y sociales. Se analizaron 29 artículos en total y los resultados que se obtuvieron fueron que los métodos más utilizados para el desarrollo de la empatía fueron en primer lugar el didáctico y experiencial junto con el didáctico y de habilidades. En segundo lugar, los métodos más utilizados fueron la utilización de video y grabaciones junto con el desarrollo de habilidades, en tercera posición se encuentra el *mindfulness* y en última posición el experiencial y la escritura.

En resumen, hay una amplia y rica variedad de intervenciones que pueden servir como herramientas para el desarrollo de la empatía en el Grado de Enfermería y un método no es excluyente de otros, sino que lo más común es la combinación de varias metodologías que puedan enriquecer la práctica (Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil, 2011).

Como se verá, la propuesta que se plantea en el trabajo empírico consiste en utilizar la tutoría entre iguales, como base para el desarrollo de la empatía. Si bien no existen experiencias previas documentadas, hecho que aumenta el reto y el interés del trabajo que se presenta, diferentes razones hacen pensar que este método de aprendizaje entre iguales puede ser especialmente adecuado. En primer lugar, porque se basa en la interacción real entre dos personas, lo que permite desplegar habilidades sociales complejas, como la empatía, imposible de poner en juego con actividades individuales. Pero, además, en segundo lugar, la versatilidad de la tutoría entre iguales permite poder combinar las diferentes intervenciones que acabamos de presentar. Por ejemplo, cada miembro de la pareja puede simular un rol (paciente o enfermera): o bien, el tutor puede prepararse para entrenar a su compañero tutorado en habilidades empáticas: o bien intercambiar cada miembro de la pareja intervenciones creativas.

Planteada la tutoría entre iguales como instrumento para el desarrollo de la empatía, veamos a continuación las bases del aprendizaje entre iguales y el aprendizaje cooperativo como contexto en el cual se desarrollará nuestra propuesta práctica.

2.4. APRENDIZAJE ENTRE IGUALES

Este apartado está dedicado al aprendizaje entre iguales teniendo en cuenta cómo la interacción influye en el aprendizaje del alumnado. Así, en primer lugar, abordamos los diferentes tipos de estructuras sociales del aprendizaje hasta llegar a describir con mayor profundidad el aprendizaje cooperativo. En segundo lugar, presentamos las dimensiones del aprendizaje entre iguales enfatizando en la tutoría entre iguales. En tercer lugar, dedicaremos el apartado a determinar los fundamentos teóricos del aprendizaje entre iguales y los modelos teóricos interpretativos. En último lugar, este apartado se dedicará a describir las evidencias del aprendizaje entre iguales.

2.4.1 Tipos de estructuras de aprendizaje social en las aulas

Johnson, Johnson y Holubec (1999) destacan tres formas de organizar las actividades de aprendizaje en el aula, centrándose y desarrollando posteriormente el aprendizaje cooperativo por sus múltiples beneficios respecto al resto de estructuras de aprendizaje. De esta manera se presentan tres escenarios: el aprendizaje individualista, el competitivo y el cooperativo.

Sintéticamente, el aprendizaje individualista se basa en el alumno que persigue sus propias metas y conseguirlas sólo depende de su propia capacidad y esfuerzo. No ayuda a sus compañeros ni se compara con ellos. Por otra parte, el aprendizaje competitivo se basa en que los alumnos persiguen una misma meta y conseguirla depende del éxito o del fracaso de los demás, creándose interdependencia negativa. Y, por último, el aprendizaje cooperativo es aquel en que los participantes consiguen su objetivo sí, y sólo sí, el resto de compañeros del equipo también lo consiguen. El éxito o el fracaso de todos es el éxito o el fracaso de cada uno de los miembros del equipo, con lo cual cada uno debe mirar por su interés y por el interés grupal para conseguir el objetivo propuesto. Por lo tanto, la interdependencia positiva es una condición indispensable para trabajar de forma cooperativa, obteniendo además de beneficios académicos y beneficios psicosociales.

Johnson y Johnson (2014) describen los beneficios que se obtienen en el aula según la organización implementada: ya sea individual, competitiva o cooperativa. En las estructuras competitivas e individualistas la interacción entre el alumnado existe en pocas ocasiones, consecuentemente la relación de ayuda entre el alumnado no es una práctica que se realice de forma habitual. Esta falta de interacción conlleva a una disminución del rendimiento académico, así como una disminución del desarrollo de habilidades sociales y comunicativas por parte del alumnado. En contraposición, los resultados muestran que en las situaciones cooperativas el rendimiento y la productividad de los alumnos son mayores, comparado con situaciones competitivas o individualistas. Esto es debido a que trabajando de forma cooperativa el alumnado realiza mayores esfuerzos por lograr un buen desempeño, adquiriendo consecuentemente un nivel superior de razonamiento y pensamiento crítico, debido a la interacción e interdependencia positiva. Además, en la cooperación se evidencian relaciones más positivas entre el alumnado, mejorando la solidaridad, el compromiso individual y grupal entre otros. El sentirte parte y responsable del aprendizaje de los demás crea sentimiento de pertenencia y de responsabilidad por el bien común (Melero y Fernández, 1995). Por último, la cooperación mejora el estado psicológico del alumnado, ya que no se sienten solos. Éstos forman parte de un grupo adquiriendo una identidad como tal, apoyándose los unos a los otros y mejorando los niveles de autoestima. Cabe destacar la ventaja de inclusión y de aceptación a la diversidad que presenta el aprendizaje cooperativo ya que permite la integración de todos y cada uno de los alumnos del aula considerando la diversidad como una ventaja para el aprendizaje (Pujolàs, 2008).

Pero la diferencia entre estas tres estructuras no sólo afecta al papel que realiza el alumno dentro del grupo clase, sino que también incide en el papel que realiza el docente en el aula. En la estructura individualista y competitiva, el profesor se presenta como eje central del aprendizaje, haciendo que el alumno tenga un papel pasivo en su aprendizaje. El alumno sólo se dedica a escuchar y a copiar aquello que le parece interesante de las clases magistrales recibidas sin tener la oportunidad de actuar como mediador de aprendizaje con otros compañeros. Sin embargo, en una estructura cooperativa el docente no es el único que enseña a los alumnos, sino que comparte con ellos la responsabilidad de enseñar, debido a que los alumnos también se enseñan los unos a los otros. Además, el docente no se presenta como protagonista en el

aprendizaje-enseñanza, sino que lo es el alumno. El docente ya no es el que tiene el poder único de enseñanza, ahora su rol está dirigido a guiar, motivar e incentivar el aprendizaje de cada uno de los alumnos.

Una vez expuestos algunos beneficios que presenta la estructura cooperativa en el aula, nos parece pertinente explicar las dimensiones del aprendizaje entre iguales y por qué es tan efectivo y tan beneficioso, tanto para el alumnado como para el sistema educativo. En el apartado siguiente se responde a la primera cuestión.

2.4.2 Dimensiones del aprendizaje entre iguales

El aprendizaje entre iguales se ha utilizado como término que engloba diversas prácticas instruccionales con características muy diferentes entre ellas. Este hecho y la falta de consenso encontrada en la literatura para definir este concepto han dado lugar a que sea utilizado como término “paraguas” en el contexto de prácticas educativas (Secomb, 2008).

Damon y Phelps (1989) describieron tres escenarios de interacción educativa entre iguales, aceptadas y reconocidas, que contribuyeron a determinar la interacción entre iguales como un auténtico elemento de aprendizaje. Así, analizaron la interacción que existe entre los alumnos en diferentes situaciones de aprendizaje y no sólo determinaron qué estructura de aprendizaje social obtenía mejores resultados de aprendizaje y mayor productividad. Estos autores proponen dos conceptos claves, la igualdad y la mutualidad para evaluar la calidad de la interacción entre los alumnos. La igualdad en la interacción hace referencia a la simetría (mayor igualdad) o asimetría (menor igualdad) entre los roles de los alumnos en la realización de la tarea en grupo. Mientras que la mutualidad en la interacción hace referencia al grado de conexión, profundidad y bidireccionalidad de las transacciones o intercambios comunicativos entre los alumnos.

Así, la tutoría entre iguales se describe como la relación entre dos alumnos con diferentes niveles de habilidades (un alumno más experto ejerce rol de tutor mientras que el alumno más novato ejerce el rol de tutorado) en la realización de algún ejercicio o el desarrollo de alguna habilidad específica. La igualdad es asimétrica (baja) ya que cada miembro de la pareja ejerce roles diferentes, y la mutualidad puede ser variable en función de las habilidades interpersonales del tutor y de su entrenamiento, así como la capacidad y

motivación por aprender que tenga el tutorado. Monereo y Duran (2003), señalan que la mutualidad en la tutoría entre iguales en general será baja, ya que la interacción está manejada, en mayor o menor grado, por el estudiante con rol de tutor.

En el aprendizaje cooperativo, la relación que existe entre los alumnos es en general igualitaria, en el sentido en que comparten un mismo status. Además, poseen habilidades generalmente heterogéneas y asumen diferentes roles compartiendo en todos los casos un objetivo en común. En este enfoque de interacción, la igualdad es generalmente elevada (simétrica) ya que los roles y las habilidades entre alumnos son diferentes, aunque dentro de unos márgenes de proximidad. La mutualidad es variable (media/alta), dependiendo de la división de responsabilidades para llevar a cabo la tarea, de la división de la propia tarea, del grado de cooperación o competitividad entre equipos y de las recompensas extrínseca o intrínsecas que el grupo cooperativo reciba.

Por último, se encuentra el aprendizaje colaborativo donde un grupo de alumnos con habilidades similares trabajan juntos para resolver una tarea o adquirir alguna habilidad. En ocasiones este grupo puede trabajar de forma individual para resolver pequeñas partes del problema, pero deberán contrastar sus conocimientos para resolver la tarea final. En la colaboración, la igualdad es simétrica (elevada) ya que tienen un nivel muy similar en las habilidades, y la mutualidad también es elevada ya que la interacción suele ser bidireccional e igualitaria.

La diferencia entre aprendizaje cooperativo y colaborativo ha sido estudiada y motivo de polémica entre diversos autores, con usos muy variado. Sin ánimos de entrar en la polémica, adoptaremos el punto de vista de Topping, Buchs, Duran y Van Keer (2017), quienes argumentan que la diferencia entre aprendizaje cooperativo y colaborativo difiere en el grado de estructuración organizativa de la tarea que realiza el docente y en el grado de interacción entre los miembros del grupo.

Así, el aprendizaje cooperativo precisa que el docente estructure altamente la tarea, tanto el material académico que se quiera trabajar como estructurar la participación del alumnado durante la tarea. Desde este enfoque, el docente actúa como facilitador de aprendizaje, organizador y diseñador de tareas con un objetivo específico. De diferente manera, el aprendizaje colaborativo precisa de un grado de estructuración variable, dependiendo de la situación y de la organización del propio alumnado. Desde dicha perspectiva, el aprendizaje cooperativo parece más propio de contextos escolares, donde

los equipos son generalmente creados por los profesores con el propósito que los alumnos logren objetivos de aprendizaje que no siempre los alumnos sienten como propios. El aprendizaje colaborativo tendría lugar en contextos educativos y profesionales donde personas con distinto nivel de conocimientos se unen u/y estructuran ellas mismas la forma de trabajo en el equipo para lograr objetivos que sienten propios.

Caracterizados los tres escenarios, y visto que la colaboración parece ser más propia de equipos que cuentan con suficientes habilidades sociales y motivaciones como para auto organizarse, podemos asimismo entender el concepto de aprendizaje cooperativo, como un espacio central en el que se combinan tanto prácticas tutoriales como colaborativas (Monereo y Duran, 2003), cosa que se puede observar a lo largo del análisis de las actuaciones de los miembros de un equipo cooperativo. Además, tanto la tutoría como la colaboración y la cooperación cumplen las cinco condiciones planteadas por Johnson, Johnson y Holubec (1999) que aseguran que un trabajo se realiza en equipo (de forma cooperativa) y no sólo en grupo.

El presente trabajo considerará el aprendizaje cooperativo como un término bajo el cual coexisten las diferentes dimensiones de interacción, centrándonos en el próximo capítulo en la tutoría entre iguales como método instructivo cooperativo para el desarrollo de la empatía en el contexto de enfermería.

2.4.3 Fundamentos teóricos y mecanismos explicativos del aprendizaje entre iguales

Hasta el momento no existe ninguna teoría única explicativa de aprendizaje entre iguales, pero sí existen diversos marcos teóricos conceptuales consensuados que nos pueden ayudar a entender el aprendizaje entre iguales y sus mecanismos explicativos entendiendo la interacción como elemento clave en el proceso educativo (Coll, 2003). Fundamentalmente, los marcos explicativos consensuados los encontramos en el enfoque psicogenético piagetiano, la psicología vigotskyana y la Teoría de la Interdependencia Social. Los revisamos sucintamente a continuación.

2.4.3.1 Principales marcos explicativos del aprendizaje entre iguales

A) Aportaciones de la psicología genética: Jean Piaget y la Escuela de Ginebra

Piaget (1978), entiende al alumno como un sujeto activo que conoce la realidad que le rodea, de forma que el estudiante actúa sobre los objetos realizando una interpretación de lo que sucede en su contexto teniendo en cuenta sus esquemas de conocimientos previos interiorizados.

La construcción de nuevos conocimientos superiores se realiza a través de “procesos de equilibrio y desequilibrio” produciéndose un “conflicto cognitivo” entre puntos de vista moderadamente divergentes, ya sea debido a conflicto entre los conocimientos preexistentes y los nuevos de un alumno, o por puntos de vista diferentes entre dos alumnos. En relación con la interacción entre iguales en el proceso de equilibrio y en el conflicto cognitivo, la interacción juega un papel importante ya que el reconocimiento de reciprocidad, la igualdad y la cooperación ofrecen la oportunidad de entender los diferentes puntos de vista. Además, el compartir puntos de vista divergentes y construir unos nuevos más complejo hace necesaria la negociación de significados y la comunicación (Jorba, Gómez y Prat, 1994).

Así pues, la interacción entre iguales se considera como un factor influyente ya que puede ocasionar desequilibrio en el proceso de construcción de conocimiento, al igual que también se considera la maduración y el papel de la experiencia adquirida en la acción efectuada sobre los objetos físicos y transmisión social como otros factores influyentes (Bolívar, 2003).

No será hasta el desarrollo de los trabajos de Mugny y Doyse (1983) que muestran una concepción interaccionista y constructivista del desarrollo cognitivo del sujeto, aceptando que el conocimiento se construye a través de situaciones sociales de interacción y el mecanismo de esa construcción se realiza mediante la teoría del conflicto socio-cognitivo. Los resultados de los estudios realizados por Mugny y Doise (1983), y posteriormente Anne-Nelly Perret-Clermont (1984) demostró que había diversos factores sociales que afectaban al desarrollo cognitivo. La variable más importante para que se produzca progreso cognitivo es la posibilidad de intercambiar y confrontar puntos de vista propios con los ajenos que sean moderadamente divergentes. Así, la toma de conciencia por parte del alumno al valorar la existencia de múltiples variedades de

interpretación de una misma realidad hace que el niño pueda volver a pensar en la calidad de la respuesta que ha ofrecido y hacer que actúe como un sujeto activo cognoscitivamente, favoreciendo progresos en el pensamiento lógico y favoreciendo el conocimiento social (Medrano, 1995).

Focalizando la atención en la interacción, Anne-Nelly Perret-Clermont (1984) afirmó que la ejecución colectiva de la tarea daba lugar a producciones más elaboradas y más correctas que las que se obtenían cuando el sujeto trabajaba de forma individual. En resumen, lo esencial en esta nueva perspectiva es que la interacción social entre iguales es el elemento clave para que exista conflicto, y consecuentemente para que haya desarrollo cognitivo cada vez más complejo.

B) Aportaciones de la teoría sociocultural: Lev Semiónovich Vigotsky y la Escuela Soviética

Vigotsky, fundador de la teoría sociocultural, defiende la interacción social como motor y origen del aprendizaje y del desarrollo intelectual superior gracias al proceso de internalización que implica.

Desde este marco teórico, Vigotsky define la internalización como una ley general de la doble formación de los procesos psicológicos superiores: todo proceso aparece dos veces primero, de forma interpsicológica (social) y después se transforma en intrapsicológica (individual). En primer lugar, estos procesos se crean mediante las relaciones con los otros donde se crea un espacio intersubjetivo, la zona de desarrollo próximo (ZDP), compartiendo representaciones y significados sobre un mismo conocimiento, teniendo en cuenta además la cultura y el contexto social el que se desarrollan. Después surgen en el plano individual. Es en la ZDP donde se alcanzan nuevos procesos más complejos, realizando una reconstrucción interna de las actividades externas. Pero este aprendizaje sólo es posible con la ayuda de mediadores, compañeros (alumnos o adultos) con competencias o habilidades mayores en la utilización de herramientas sociales (ya sean herramientas físicas o cognitivas como el lenguaje o la numeración entre otros). Su función como mediadores es proporcionar ayudas ajustadas a las necesidades del universitario para que éste avance hacia su nivel de desarrollo potencial. Este proceso es activo ya que el estudiante reconstruye o rehace internamente aquello cultural con la

ayuda de los demás, modificando sus procesos psicológicos iniciales para formar unos nuevos, denominado reestructuración (Lacasa y Herranz, 1995).

Respecto a la mediación hay investigaciones, como Good y Brophy (1997), que destacan que la ayuda entre iguales puede ser más efectiva incluso que la ayuda de un adulto. Esto es debido a que los niños alumnos comparten un vocabulario y lo utilizan de forma similar. Además, son recientes aprendices del contenido o de la actividad, lo que les permite identificar mejor dónde puede existir las dificultades que deberá afrontar el estudiante aprendiz. Y, por último, la ayuda entre iguales parece ofrecer ayudas más directas y resolver más concretamente las dudas que puedan aparecer.

C) La Teoría de la Interdependencia Social

Esta teoría está fundamentada para justificar la eficacia del aprendizaje cooperativo en el aula. Para ello proponen cinco variables mediadoras de la interacción entre iguales que hacen posible que esta estructura sea eficaz. Son las mismas cinco condiciones que determinan que un aprendizaje sea cooperativo y no sólo sea grupal (Johnson y Johnson, 2009) que son: la interdependencia positiva, la responsabilidad individual y grupal, la interacción positiva, el uso apropiado de las habilidades sociales, la auto-reflexión y reflexión en grupo.

Estas condiciones se analizarán en el apartado de Aprendizaje Cooperativo de forma más profunda como condiciones aceptadas por la comunidad científica y que son elementos esenciales para que exista el aprendizaje cooperativo.

Tras conocer los principales marcos teóricos explicativos que sustentan el aprendizaje entre iguales, y tras reconocer sus divergencias entre ellas y a su vez su complementariedad para entender cómo el niño aprende mediante la interacción con otros, también resulta indispensable explicar las diferentes propuestas teóricas integradas del aprendizaje entre iguales.

2.4.3.2 Marco teórico integrado del aprendizaje entre iguales

Una vez conocidas las aportaciones de Piaget y sus discípulos con sus aportaciones de la teoría socio-cognitiva, y Vygotsky con la teoría sociocultural enfatizando en el papel mediador del alumno y entendiendo la interacción social como mecanismo fundamental

para el desarrollo cognitivo y social, existen dos líneas desde las cuales se intenta construir un modelo teórico integrado de aprendizaje entre iguales. En primer lugar, encontramos la propuesta de Kagan y Kagan (2009) que basa su propuesta en la compilación de diferentes teorías psicológicas que intentan explicar el aprendizaje entre iguales. En segundo lugar, aparecen las propuestas de Slavin (1995), Johnson y Johnson (2009) y Topping y Ehly (2001) las cuales intentan integrar las teorías psicológicas existentes para crear un marco teórico integrado que dé respuesta al papel de la interacción en el aprendizaje entre iguales y sus efectos.

A) Propuesta de Kagan y Kagan

Kagan y Kagan (2009) recogen ocho teorías que pueden dar respuesta a por qué se produce aprendizaje en situaciones de interacción entre iguales desde un marco de aprendizaje cooperativo que son las siguientes: la teoría del Aprendizaje Cooperativo (*Cooperative Learning Theory*), la Teoría del Aprendizaje (*Classic Learning Theory*), las Teorías Sociales de Aprendizaje (*Social Learning Theory*), Teorías de la Motivación (*Motivation Theories*), Teorías de Aprendizaje basado en la mente (*Brain-Based Learning Theory*), Teorías de la Enseñanza Adaptativa (*Individual Differences Theories*), Teoría de las Expectativas (*Expectation Theory*) y la Teoría de la Situación (*Power of Situation Theory*).

B) Propuesta de Slavin (1995, 2014)

Slavin realiza una clasificación de los métodos cooperativos en tres categorías teniendo en cuenta las perspectivas teóricas en las cuales se fundamentan (perspectiva motivacional, cohesión social y cognitiva). Estas perspectivas también ofrecen respuesta a cuáles son los mecanismos responsables del aprendizaje cooperativo (Slavin, 2014). De esta forma, analizaremos de forma breve estas tres perspectivas y sus respectivos mecanismos asociados al aprendizaje cooperativo.

- La perspectiva motivacional se basa en promocionar la interdependencia positiva entre los miembros del grupo y la responsabilidad individual utilizando la estructura de recompensas u incentivos como procesos responsables del aprendizaje entre iguales. Así, desde esta perspectiva los compañeros de grupo se ayudan unos a otros por sus propios intereses, siendo las recompensas grupales esenciales para que el grupo de aprendizaje cooperativo sea efectivo. Las propuestas de aprendizaje cooperativo que se enmarcan

dentro de esta perspectiva son las propuestas por Slavin y sus colaboradores con *Student Team Learning* (Slavin, 1995, 2014); y la segunda propuesta es *Learning Together* de Johnson y Johnson (1999).

- La perspectiva de cohesión social se basa en que los efectos del aprendizaje cooperativo están fuertemente mediados por la unión grupal, y la calidad de esta unión será mayor o menor dependiendo de las interacciones grupales que existan. Desde esta perspectiva, los compañeros se ayudan unos a otros porque se identifican como grupo y quieren que cada uno de ellos sea exitoso. En este caso no existen recompensas ni incentivos, en su lugar se realizan autoevaluaciones del grupo durante y después de cada actividad grupal. Se crea interdependencia entre los miembros del grupo mediante la división de la tarea en roles dentro del grupo, la distribución de los recursos y la responsabilidad individual. Dentro de esta perspectiva se destacan las aportaciones de Aronson *et al.* (1978), Cohen (1992), Shlomo y Yael Sharan (1992) que presentan métodos cooperativos como la técnica *Jigsaw*, *Group Investigation*, y *Finding Out*.

- Por último, la perspectiva cognitiva se basa en determinar que el aprendizaje es debido a los procesos cognitivos y a la interacción entre iguales. Dentro de esta perspectiva se encuentran dos tipos más: la perspectiva del desarrollo y la perspectiva de elaboración cognitiva. La primera de ellas está basada en la teoría genética de Piaget y socio-cultural de Vigotsky. Esta perspectiva enfatiza en que la clave del aprendizaje es la interacción entre los alumnos para la realización de una actividad apropiada, de esta forma se incrementa el conocimiento sobre el concepto crítico. La oportunidad de discutir, argumentar y escuchar otros puntos de vista son elementos fundamentales en el aprendizaje cooperativo respecto a los resultados de aprendizaje. La segunda de ellas se basa en la premisa de que explicar a otros una materia ayuda a reestructurar o elaborar la materia en la mente del niño, teniendo en cuenta sus conocimientos previos.

Tal y como señala Slavin (2014) no existe una perspectiva única y mejor al resto, sino que se complementan ya que cada una de ellas tiene factores diferentes, pero todos ellos necesarios, para ofrecer una explicación de por qué los alumnos aprenden mediante metodologías cooperativas.

C) Propuesta de Topping y Ehly (2001, 2015)

Estos autores sintetizan numerosas investigaciones sobre la construcción de una teoría de aprendizaje entre iguales en un sólo modelo teórico. El modelo que presentan se basa en cinco sub-procesos que incorporan aspectos organizativos y estructurales de la interacción educativa del aprendizaje entre iguales en diferentes niveles.

En primer lugar, a nivel organizativo y de compromiso: el aprender entre iguales implica características de organización y estructuración del aprendizaje entre iguales, como, por ejemplo, el tiempo de dedicación a la tarea, formulación de objetivos, la elaboración de planes de trabajo comunes, la responsabilidad que asumirá cada miembro en el aprendizaje cooperativo y la inmediatez de la retroalimentación del grupo. Estos tipos de organización implican un mayor compromiso con la tarea y con los miembros, factores que influyen en la mejora de las interacciones y el rendimiento académico.

En segundo lugar, a nivel cognitivo: el aprendizaje entre iguales implica conflictos y desafíos (siguiendo la Teoría de Piaget), elementos necesarios para la reflexión en común provocando la modificación de las ideas o representaciones propias en confrontación con diferentes puntos de vista moderadamente divergentes (teoría de Vygotsky) para promover el aprendizaje. La interacción dialogada es responsable de la negociación de significados permitiendo la autorregulación compartida y procesos de andamiaje, pero todo ello precisa ser planificado y organizar la interacción.

En tercer lugar, a nivel de gestión de errores y modulación: desde el aprendizaje entre iguales, hay un elemento modulador y que gestiona la demanda de procesamiento de la información dentro de la ZDP. Dependiendo de las necesidades del aprendiz, el tutor (alumno con mayores competencias) proporciona ayudas ajustadas. El papel del tutor se representa como un modelo cognitivo de rendimiento que aprende debido a las demandas intelectuales del aprendiz. El supervisar la tarea del tutorado, diagnosis, corrección y demás gestiones de errores y confusiones provoca que el tutor ejerza un ejercicio intelectual superior, es decir, un beneficio a nivel cognitivo y social.

En cuarto lugar, a nivel de habilidades comunicativas: el aprendizaje entre iguales requiere un alto nivel de habilidades comunicativas, tanto para el tutor como para el tutorado, que también se van perfeccionando mediante la interacción continua entre el alumnado. A través de las habilidades comunicativas el alumno es capaz de expresar su

pensamiento en lenguaje, es por ello que el lenguaje se presenta como un elemento clave en todo este proceso. Se requieren habilidades comunicativas que se pueden ejercitar sabiendo escuchar, explicar, preguntar, resumir, especular y plantear hipótesis.

Y, por último, en quinto lugar, a nivel de componentes afectivos: cuando dos compañeros establecen una relación de confianza se puede ofrecer diagnóstico y corrección de los puntos de vista. Además, la motivación del tutor es un componente importante a tener en cuenta a la hora de evaluar los resultados de aprendizaje. Una actitud motivadora y de confianza por parte del tutor hacia el tutorado, donde además exista un sentimiento de lealtad y responsabilidad mutua, podrá comportar en mayor o menor grado resultados más positivos de aprendizaje.

Estas cinco subcategorías contribuyen y amplían los procesos cognitivos de los alumnos, ya sea creando algunos procesos nuevos, reajustándolos o modificando los ya existentes (conceptos similares a la teoría de Piaget de asimilación y acomodación).

Todo ello comporta una construcción de conocimiento conjunto o compartido entre los alumnos que interactúan (construcción intersubjetiva) llegando a fomentar un mayor volumen de actividad participativa y productiva que conduce a la consolidación, fluidez y automatización de las habilidades esenciales. A medida que los estudiantes van regulando y controlando mejor sus estrategias van siendo más conscientes de su propio proceso ya que se ofrecen retroalimentación (pasan de lo implícito a lo explícito). De acuerdo con esta propuesta, Thurston (2007), siguiendo a Topping, añade que la metacognición también favorece la afectividad y la confianza de los alumnos al ver que su conocimiento es cada vez más profundo y menos superficial, y más condicional y menos procedimental. Estos resultados afectivos y cognitivos vuelven a alimentar los sub-procesos, formando lo que denominan un proceso iterativo continuo y un círculo virtuoso.

Tras haber explicado los diversos intentos que se han hecho para la construcción de un marco conceptual general del aprendizaje entre iguales no podemos obviar que debido a las múltiples variables que inciden sea difícil constatar un marco teórico como único. La comunidad no ha aceptado un marco explicativo unitario para el aprendizaje entre iguales, seguramente también por que la mayor parte de los procesos de aprendizaje entre iguales pueden ser explicados desde los marcos que ya disponemos para explicar el aprendizaje del alumno cuando recibe ayuda del profesor. El único aspecto que queda poco cubierto es la explicación del aprendizaje del alumno cuando ofrecer ayuda

pedagógica a sus compañeros. Con este fin el concepto de “Aprender enseñando” o aprender enseñando resulta de utilidad (Duran, 2014).

Las evidencias que apoyan las posibilidades de aprender enseñando se centran en cuatro tipos de investigaciones complementarias: 1) existen trabajos que sugieren que se aprende con más calidad cuando se cree que luego se enseñará el contenido a alguien (expectancy); 2) cuando se presenta lo aprendido ante una audiencia, aunque esta sea pasiva; 3) cuando el que enseña transforma la información para ajustarla al aprendiz; y 5) cuando el que enseña se somete a cuestionamientos, formulando y respondiendo a preguntas profundas del aprendiz. Siguiendo estudios de Roscoe y Chi (2007) evidenciaron que cuestionar, tanto preguntar cómo responder a las preguntas, beneficiaba al alumno con rol de tutor, ya que lo primero que tiene que hacer es un proceso de construcción de la pregunta y para ello se debe reflexionar, teniendo claro los conceptos y considerando los conocimientos previos del tutorado. King (1998) añade que cuanto más profunda es la interrogación que realiza el tutor, más reorganización de modelos mentales existe, más generación de inferencias y mayor automonitoraje metacognitivo realiza el alumno.

2.5 APRENDIZAJE COOPERATIVO

En este apartado se abordará el aprendizaje cooperativo como escenario central del aprendizaje entre iguales, conceptualizando el término y los elementos esenciales que todo aprendizaje debe tener para considerarse cooperativo.

2.5.1. Conceptualización de aprendizaje cooperativo

Tras haber definido el aprendizaje cooperativo en apartados anteriores siguiendo a Damon y Phelps (1989), resulta igual de relevante conocer la definición que otros autores aportan debido a la importancia de sus estudios dedicados al estudio y desarrollo del aprendizaje cooperativo.

Así, Echeita (1995) define que la cooperación existe cuando los alumnos están vinculados entre ellos, de forma que cada uno de ellos conoce que su rendimiento individual influye en el resultado de los compañeros al mismo tiempo que en el suyo propio. De ahí la

interdependencia positiva entre los miembros del equipo. Además, determina que el aprendizaje cooperativo precisa ser organizado y mantener una estructura de aprendizaje obteniendo objetivos no sólo académicos, sino también sociales.

Johnson, Johnson y Holubec (1999) definen el aprendizaje cooperativo como el empleo didáctico de grupos reducidos en los que los alumnos trabajan juntos para maximizar su propio aprendizaje y el del resto de miembros del grupo. También señalan que cooperar es trabajar juntos para alcanzar objetivos comunes y compartidos, pero trabajar juntos no siempre implica trabajar de forma cooperativa.

Topping (2005) define el aprendizaje cooperativo como la adquisición de conocimientos y habilidades a través de la ayuda y el soporte de iguales o compañeros. Los equipos de alumnos son en mayor o menor grado heterogéneos y no son profesionales, sino que se ayudan y aprenden unos de otros. Normalmente son grupos pequeños compuestos por un máximo de seis participantes, los cuales, para trabajar de forma cooperativa, requieren un entrenamiento previo para asegurar una participación e interacción igualitaria entre los alumnos.

Como se ha dicho, no todo trabajo en grupo es cooperativo, ya que el hacer que los alumnos trabajen juntos no implica que sus resultados académicos y psicosociales vayan a mejorar de forma espontánea y sin una estructuración de la tarea y de la interacción (Castelló, 2002). Johnson y Johnson (1999, 2014) realizaron una clasificación y definición de los grupos que podemos tener en el aula, describiendo los siguientes cuatro grupos.

En primer lugar, se encuentra el grupo de pseudoaprendizaje, caracterizado porque los alumnos no tienen voluntad de trabajar juntos, pero por órdenes del profesorado deben hacerlo. Actúan de forma competitiva con la finalidad de ser el mejor de forma individual. En consecuencia, la suma total de todos es más baja que la que se realiza de forma individual. En segundo lugar, está el grupo de aprendizaje tradicional, donde los alumnos trabajan juntos y tienen la voluntad de hacerlo, pero las tareas no han sido diseñadas ni estructuradas para trabajar de forma conjunta. Hay un intercambio de información, pero sin motivación y sin enseñarse lo que saben los unos a los otros. En tercer lugar, el grupo de aprendizaje cooperativo en el cual los alumnos trabajan juntos y hay disposición a hacerlo. Los miembros comparten información entre ellos, discuten la tarea y se enseñan los unos a los otros lo que saben. El resultado es más que la suma de

las partes de forma que los resultados son más positivos que cuando se trabaja de forma individual. Y, por último, el grupo de aprendizaje cooperativo de alto rendimiento, que además de cumplir con las cinco características definitorias obtienen un rendimiento superior al esperado.

Tras haber definido según los autores referenciados qué es aprendizaje cooperativo y qué no lo es, caracterizando los diferentes grupos que pueden existir en el aula, pasaremos a explicar las condiciones que hace que un aprendizaje sea cooperativo.

2.5.2. Componentes esenciales del aprendizaje cooperativo

Son conocidas las condiciones que Johnson y Johnson (1999, 2009, 2014) han planteado como necesarias para que exista cooperación en un equipo. Estas condiciones han sido aceptadas por el conjunto de la comunidad científica como características que hacen posible que haya cooperación en un equipo. A continuación, siguiendo a dichos autores, se presentan las características enfatizando en la interdependencia positiva, por su papel altamente trascendente en la eficacia del aprendizaje cooperativo y en el diseño de actuaciones didácticas, como la que se planteará en este trabajo de tesis.

1. Interdependencia positiva (*Positive Interdependence*).

Cada miembro es responsable del éxito del grupo, y el éxito del grupo no es posible sin los esfuerzos de cada integrante. Los miembros del equipo deben ser conscientes de que sus éxitos individuales dependen del éxito de los demás y benefician a todo el equipo obteniendo mejores resultados que si trabajaran de forma individual. Buchs, Gilles, Dutrévis y Butera (2011) concluyen que la interdependencia positiva es necesaria para que haya productividad y se consigan los logros, además de que exista interacción entre los miembros del equipo. Esta interdependencia crea un compromiso entre los miembros y responsabilidad individual y grupal. Según Johnson y Johnson (1999), existen varias formas de crear interdependencia positiva mediante: objetivos (el grupo tiene un objetivo común compartido por el que todos los miembros se esfuerzan por alcanzar), recompensas (el grupo recibe una recompensa cuando logran sus objetivos grupales), recursos (cada uno de los miembros del grupo dispone de una parte de la información, y se deben utilizar los recursos de cada uno de los integrantes para conseguir el objetivo común), roles (cada miembro del grupo tiene un rol complementario al del resto de los

integrantes del grupo, especificando las responsabilidades de cada uno de ellos en relación con el grupo para conseguir el objetivo común), identidad (el grupo crea una identidad conjunta reforzando el compromiso grupal y el sentimiento de pertenencia) y de la tarea (se distribuye el trabajo en tantas partes como miembros tenga el equipo).

Para Slavin (1995), la clave de la motivación en el aprendizaje cooperativo es la interdependencia positiva de recompensa, y concluye que sin las recompensas no existiría el aprendizaje cooperativo. Mientras que Johnson y Johnson (1999) destacan que sin interdependencia positiva de objetivos y recursos no podría darse aprendizaje cooperativo. Independientemente del tipo de interdependencia, lo que sí comparten dichos autores es lo que hace que la cooperación sea exitosa es que los alumnos se sienten tanto responsables del éxito del grupo como del éxito propio. Así, Pujolàs (2008) también apunta que la interdependencia positiva a la vez que influye en la mejoría de la cohesión grupal, apoyando la inclusión de todos los participantes, la identidad como equipo y en la motivación de los participantes, también mejora el desarrollo cognitivo y social de cada uno de los miembros al poner en común puntos de vista diferentes y fomentando el uso de estrategias comunicativas y cognitivas que precisan un alto nivel de rendimiento.

2. Responsabilidad individual y grupal (*Individual Accountability and Personal Responsibility*).

La responsabilidad individual y grupal se crea cuando el equipo debe realizar una tarea de forma cooperativa y cada miembro acepta responsabilidades individuales que ayudarán a alcanzar el objetivo común. Se crea un sentimiento de responsabilidad por parte de los alumnos hacia el grupo y hacia sí mismos. Echeita, (2012) también observa que el rendimiento del alumnado aumenta cuando siente que es responsable no sólo de su aprendizaje, sino del resto del equipo. Para aumentar la responsabilidad individual y grupal se recomienda cooperar en grupos de estudiantes reducidos para evitar que la responsabilidad no sea difusa y para evitar el efecto “gandulería social” (*social loafing*).

En consecuencia, el grupo debe tener los objetivos claros y debe ser capaz de evaluar los progresos que realiza y los esfuerzos que cada miembro del grupo hace de forma autónoma. La responsabilidad individual existe cuando se da a conocer al grupo el trabajo que se ha realizado de forma individual. Así pues, si un individuo necesita ayuda será

responsabilidad del grupo ayudarle y respaldarlo para que consiga su objetivo individual y, por consiguiente, para que el grupo consiga el objetivo grupal.

3. Interacciones positivas (*Promotive Interaction*)

La dinámica en el grupo implica interacciones continuas y directas entre los miembros basadas en la ayuda de unos a otros, la asistencia, el apoyo, la animación y el refuerzo. Este tipo de interacciones promueven el desarrollo de interacciones cognitivas e interpersonales de forma muy frecuente, de manera que los alumnos mejoran sus habilidades sociales a la vez que académicas. Los autores realizan una síntesis de aquellas actuaciones y actitudes que favorecen la comunicación y consecuentemente también favorecen la promoción de la interacción. Un ejemplo de ello serían las personas que facilitan el intercambio de recursos como la información y materiales, hecho que permite hacer un proceso de la información más eficiente y más eficaz.

4. Uso apropiado de las Habilidades Sociales (*Appropriate Use of Social Skills*)

El aprendizaje cooperativo es más complejo que el resto de modalidades de trabajo, ya que requiere que los alumnos aprendan, además de la materia, habilidades interpersonales y grupales necesarias para funcionar como parte de un grupo. Para ello, los estudiantes deben ser entrenados en el uso de este tipo de habilidades y trabajar en grupos reducidos con la finalidad de aumentar la calidad de estas habilidades y utilizarlas más frecuentemente. Así, las habilidades sociales contribuyen a que las relaciones entre los alumnos sean más positivas. Concretamente, las principales habilidades sociales básicas que se deben adquirir son: ayudar y dejarse ayudar, animar y reforzar, resolver conflictos de forma constructiva, comunicarse apropiadamente y conocer al otro y confiar en él (Echeita, 2012).

5. Autoreflexión y reflexión de grupo (*Group Processing*)

Cada uno de los miembros por separado y el grupo de forma general deben desarrollar actividades de reflexión y evaluación del trabajo realizado con la finalidad de analizar si han conseguido los objetivos propuestos, determinando qué acciones deben mejorar y reforzando las acciones bien hechas. De esta forma se establecen relaciones positivas entre los alumnos que perduran incluso después de la realización de la tarea e incluso fuera del aula. Por otro lado, el evaluar y valorar los logros de cada uno de los miembros

permite mejorar la autoestima de cada uno de ellos y reforzar el sentimiento de pertenencia a un grupo.

A pesar de que, como se ha dicho, estas condiciones cuentan con una buena aceptación por parte de la comunidad, existen sin embargo visiones ligeramente diferentes que queremos recoger, con el fin de enriquecerlas. Destacamos la propuesta Kagan (1992) y Kagan y Kagan (2009), quienes presentan su modelo de “Estructuras Cooperativas o PIES”. PIES se refiere al acrónimo de los cuatro principios básicos que el autor considera para que exista aprendizaje cooperativo y significan lo siguiente: *Positive Interdependence (P)*, *Individual Accountability (I)*, *Equal Participation (E)*, y *Simultaneous Interaction (S)*.

Kagan y Kagan (2009) enfatizan en la participación igualitaria y la interacción simultánea. Definen la Participación Igualitaria (*Equal participation*) como aquella que garantiza que todos los miembros del grupo tengan las mismas oportunidades de contribuir ideas y aportaciones sin dejar de lado a ningún miembro. Todos deben participar para realizar la tarea y todos deben tener oportunidad de hacerlo. Para que esta condición surja en el aula debe estructurarse la actividad de manera que se tenga en cuenta que la participación de todos debe ser propiciada por la tarea. En segundo lugar, la Interacción Simultánea (*Simultaneous Interaction*) se refiere a la cantidad de oportunidades que tiene el alumnado para interactuar con otros compañeros y participar en las actividades propuestas. Los autores proponen que en el aprendizaje cooperativo lo ideal es trabajar por pares para que estas interacciones sean constantes o en grupos reducidos.

Una vez descritos los elementos esenciales que deben aparecer para que un aprendizaje se considere cooperativo, describiremos de forma breve los métodos y técnicas cooperativas más empleadas, ya que no son más que diseños didácticos para poner en juego los elementos referenciados. Pondremos especial atención en los métodos más utilizados en las clases de Ciencias de la Enfermería.

2.5.3. Métodos y técnicas de Aprendizaje cooperativo

La práctica de llevar a cabo aprendizaje cooperativo en diferentes contextos se hace cada vez más notoria, así como la consecuente existencia de múltiples estructuras cooperativas difíciles de clasificar (Duran y Monereo, 2012).

Cabe señalar que algunos autores utilizan como sinónimos el término de métodos y técnicas, pero en general, los autores de aprendizaje cooperativo utilizan el término de estructuras cooperativas (Kagan y Kagan, 2009; Johnson y Johnson, 2014). Por otro lado, existe una fuerte tradición del término métodos o aprendizaje cooperativo formal (Sharan 2014; Slavin, 2014) y de técnicas o aprendizaje cooperativo informal (como estructuras de libre contenido, Kagan y Kagan, 1992).

Siguiendo a Duran (2012) se opta por estructuras como concepto general, diferenciando los dos términos. Los métodos difieren de las técnicas en cuanto a que los métodos son estructuras más complejas, más sofisticadas que requieren más tiempo para llevarse a cabo y precisan de un proceso de formación inicial por parte del alumnado. Además, el docente debe conocer en profundidad los fundamentos conceptuales del método que quiere implementar en el aula y adaptarlos a su grupo clase y a la tarea con la que quiere trabajar. En cuanto a las técnicas, son estructuras más básicas que pueden aplicarse de manera esporádica y que no requieren una preparación previa por parte del alumnado siendo posible llevarlos a la práctica siguiendo unos pasos. La tarea del docente también es más sencilla ya que puede aplicar la técnica tal cual se explicita en el manual.

Como hemos señalado, la práctica educativa ha generado multitud de métodos y técnicas, tantas que es difícil ni tan solo clasificarlas (Duran y Monereo, 2002). Más que conocerlas todas, se trata de escoger el método o técnica que se ajuste a las necesidades educativas y al contexto docente, ajustándolo a la realidad que existe en el aula (Echeita, 2012).

A continuación, se presentan los métodos y técnicas más conocidas y con mayor soporte científico intentando realizar un orden según diferentes autores (Fernández y Melero, 1995; Pujolàs, 2004; Topping, Buchs, Duran y Van Keer, 2016) y destacando aquellas que se han desarrollado más frecuentemente en el ámbito de enfermería.

1. Tutoría entre iguales o *Peer Tutoring (Structured Dyadic Method)*

Bajo este término se engloban varios de los métodos que se desarrollan en diadas o por pares de alumnos (Monereo y Duran, 2005). La Tutoría entre iguales se desarrollará en el próximo apartado de forma más extensa.

2. Aprendiendo juntos (*Learning Together*, diseñado por Johnson y Johnson, 1991)

Se trata de un método cooperativo compuesto por grupos pequeños de alumnos donde se designa una tarea para promover la interdependencia positiva y la responsabilidad individual. Los estudiantes seleccionan una lección a estudiar y tras esta selección realizan el trabajo en grupo. Por último, los grupos son supervisados por el profesor que evalúa las actitudes de los alumnos, las intervenciones que realizan y la evolución. El conseguir el objetivo de la tarea puede estar reforzado por conseguir recompensas u otros elementos propios de la interdependencia positiva. Este método puede ser utilizado para enseñar habilidades sociales y mejorar la interacción entre los miembros de equipo (Johnson y Johnson, 2005 y 2014).

3. Jigsaw (Aronson y Patnoe, 1997) y Puzzle II (Slavin, 1995).

Los estudiantes son asignados en grupos y el grupo se distribuye las tareas a realizar, tantas divisiones de la tarea como miembros del grupo hayan. Tras esta división, los miembros de cada uno de los diferentes grupos que trabajan la misma tarea se reúnen formando grupos de Expertos. Estos grupos de Expertos trabajan con el mismo material hasta dominar la parte de la tarea grupal que les ha tocado. Posteriormente, los estudiantes que estaban formando grupos de Expertos vuelven a sus equipos originales y enseñan su parte de la tarea al resto del equipo originalmente formado. Así, un equipo está formado por integrantes expertos en cada una de las divisiones de la tarea y su finalidad es explicar y hacer que el resto del grupo entienda la tarea de cual es cada uno experto.

4. Equipos de estudio cooperativo (*Student Team Learning*)

Dentro de este método, Slavin (1995) distingue cuatro métodos:

4.1 *Student Teams-Achievement Divisions (STAD)*: Los estudiantes son asignados en grupos heterogéneos de cuatro o cinco personas. Los estudiantes trabajan en sus grupos y después se examinan individualmente de esa lección. El profesor compara la calificación obtenida de cada estudiante con sus puntuaciones anteriores y, si se iguala o supera la puntuación anterior los alumnos reciben puntos por separado que suman a los puntos colectivos del equipo al que pertenecen. De esta forma, la puntuación grupal depende de los puntos individuales de cada miembro, por tanto, depende del rendimiento de cada alumno.

4.2 *Teams-Games-Tournament (TGT)*: Este método es similar a la de STAD, pero sustituye los exámenes por torneos académicos semanales en los que los estudiantes de cada equipo compiten con los miembros de similares niveles de rendimiento de los otros equipos para ganar puntos para sus respectivos equipos. Esta técnica les proporciona a los miembros de un grupo igualdad de oportunidades para contribuir a la puntuación grupal.

4.3 *Team Assisted Individualisation (TAI)*: Consiste en que los estudiantes realicen una prueba antes de formar los grupos, siendo organizados en grupos homogéneos en cuanto al nivel de rendimiento académico. A partir de esta agrupación, cada uno de los alumnos sigue unas instrucciones individualizadas. Tras estas instrucciones, los estudiantes forman parejas dentro de sus equipos, intercambiándose las respuestas de las preguntas de las unidades que el profesor había elegido para trabajar en grupo. Cuando todos los alumnos ofrecen una misma respuesta a la pregunta formulada pasan a la siguiente. Si no hay consenso en la respuesta, el grupo se ayuda entre sí. Una vez respuestas todas las preguntas realizan un examen que tiene que ser superado por todos los miembros del grupo.

4.4 *Cooperative Integrated Reading and Composition (CIRC)*, diseñado por Slavin, 1995)

Consiste en un programa de comprensión lectora y escritura que se suele emplear en los grados superiores de la enseñanza elemental. Los alumnos trabajan en parejas con miembros de otros equipos que no son a los que pertenecen y son asesorados por el profesor cuando tienen dudas. La secuencia del CIRC es: Instrucción del profesor, Práctica por equipos, Pre-evaluación y Examen. La recompensa consiste en la obtención de certificados dados a los grupos en base a la calificación media de los miembros del grupo.

5. Grupo de investigación (*Group Investigation*, diseñado por Sharan, 1990)

Se concibe al grupo clase como una comunidad social de investigación que investiga sobre un tema específico. La comunidad científica se divide en grupos para construir conocimientos investigando, de forma que un tema se divide en tantos subtemas como equipos se hayan formado en clase. Tras realizar cada equipo sus investigaciones, las presenta a toda el aula, compartiendo sus hallazgos, como si de un congreso se tratara.

Así, se consigue que todo el grupo clase trabaje de forma cooperativa sobre un mismo tema con unos objetivos didácticos compartidos, pero utilizando cada equipo contenido diferente. Los grupos son evaluados de forma conjunta por el profesor.

6. Enseñanza recíproca (*Reciprocal Teaching*, diseñado por Palincsar y Brown, 1984)

Se trata de un método creado para la comprensión lectora compuesto generalmente por cuatro alumnos. Este tipo de método está basado en la división de la tarea lectora entre los miembros del grupo, de esta forma se ofrecen entre ellos soporte y ayuda mutua. La división de la tarea se realiza de la siguiente forma: el primer alumno lee y resume el texto de la tarea. El segundo participante hace preguntas con la finalidad de conseguir una comprensión profunda, y el tercer y cuarto estudiante realizan una hipótesis sobre el siguiente apartado que se debe leer. Se sugiere que los miembros del grupo vayan alternando sus roles para que tengan la oportunidad de adquirir los mismos conocimientos y habilidades cognitivas.

En relación a las técnicas de aprendizaje cooperativo, de acuerdo con Duran (2012), recogemos tan sólo ocho de las decenas que pueden encontrarse en la bibliografía, con el propósito de ilustrar estas formas simples, en comparación a los métodos, de llevar la cooperación a las aulas. Según la clasificación que realiza el autor, las técnicas de aprendizaje cooperativo se agrupan en cuatro apartados con la finalidad de desarrollar cada uno de ellos respectivamente: el diálogo, el procesamiento de la información, la construcción del conocimiento y la resolución de problemas.

- Técnicas para el diálogo. Se trata de técnicas que fomentan el diálogo a partir de la expresión oral utilizando procesos sencillos, pero diversos y que aseguran la participación de todos los miembros de los equipos. Un ejemplo de ellos es la técnica de Turnos de Conversación (*Talking Chips*, diseñada por Kagan, 1992). Esta técnica pretende fomentar el diálogo y la participación de todos los estudiantes del grupo. Cada uno de los componentes del equipo deposita un objeto personal (clip, boli u otro) en medio de la mesa, y cada vez que un miembro interviene retira su objeto del medio de la mesa. Los que retiraron su objeto personal de la mesa no pueden volver a intervenir hasta que todos los miembros no hayan participado en la conversación. Al final de la conversación se recomienda que el docente deje un tiempo de reflexión en equipo sobre las aportaciones que han realizado.

- Técnicas para el procesamiento de la información. Se utilizan estas técnicas alternándolas con explicaciones que pueda ofrecer el docente u otras fuentes de información (por ejemplo, material de texto u audiovisual), con la finalidad de mantener la atención de los alumnos y la comprensión de los datos que procesa. Un ejemplo es la técnica de Pensar en Pareja (*Think- Pair- Share*, diseñada por Lyman, 1992). Ésta consiste en que el profesor, durante el transcurso de su explicación, realiza una pregunta y deja tiempo para responderla de forma individual. Posteriormente, entre diadas de compañeros se discute la pregunta y se argumentan las respuestas e ideas que al final compartirán con el resto de compañeros.
- Técnicas para la construcción conjunta del conocimiento. Un ejemplo es la técnica Lápiz al medio (*Teammates Consult*, diseñada por Kagan, 1992). Se distribuye un pliego de actividades a cada equipo. Un miembro del equipo lee en voz alta el problema y todos dejan los lápices en el centro de la mesa discutiendo las posibles soluciones a ese problema. Una vez se ponen de acuerdo, cada uno coge su lápiz del centro de la mesa y resuelve de forma individual la tarea. Se repite el mismo proceso hasta acabar el pliego de actividades. Se trata de una técnica recomendada para actividades de una misma temática donde los alumnos se ayudan entre ellos y comparten reflexiones sobre los procedimientos de resolución.
- Técnicas para la resolución de problemas. Un ejemplo empleado en el ámbito sanitario es la técnica de Resolución en pareja pensando en voz alta (*Pair thinking aloud problem solving*, diseñada por Barkley, Cross y Howell, 2005). Los estudiantes forman parejas y trabajan unas actividades o problemas con roles específicos recíprocos (solucionador y oyente) que intercambian en cada una de las actividades. El alumno con rol de solucionador intenta solucionar el problema en voz alta haciendo explícito su proceso cognitivo. El oyente sigue los pasos y trata de comprenderlos realizando sugerencias cuando lo cree necesario. La actividad se termina cuando resuelven el ejercicio de forma cooperativa habiendo reflexionado sobre el procedimiento que han seguido para acabar la actividad.

Las técnicas y métodos de aprendizaje cooperativo tienen una gran riqueza y diversidad en su diseño. Esta gran versatilidad, sin embargo, puede convertirse en una de las

dificultades con las que se encuentra el aprendizaje cooperativo: realmente consiste en prácticas muy diversas, y bajo la misma etiqueta podemos estar refiriéndonos a prácticas cuya efectividad y factores que expliquen su potencialidad pueden ser muy distintos (Sharan, 2010).

2.5.4 Aprendizaje cooperativo y Enfermería

El profesional de Enfermería, desde su inicio, siempre ha sido un colectivo que ha trabajado entre iguales. En este sentido, Benner (1984) explicaba la progresión de la enfermera novata a la enfermera experta a través de cinco fases: novata, principiante avanzada, competente, competente avanzada y experta. Estas fases iban progresando en función de la experiencia que iban adquiriendo las enfermeras y al trabajo que realizaban de forma cooperativa, aprendiendo unas de las otras, las más novatas de las más competentes y las más competentes de las más expertas. Más tarde, siguiendo esta perspectiva, propuso estrategias de aprendizaje instruccional donde las menos habilidosas aprendían de las más habilidosas, implementando lo que denominaríamos un aprendizaje entre iguales para el desarrollo de las competencias de enfermería. Esta perspectiva entiende la enfermería como una profesión puramente cooperativa, donde los profesionales aprenden unos de los otros y cooperan con el resto de profesionales, todos ellos de diferentes servicios del ámbito sanitario, para ofrecer el mejor cuidado y atención al paciente y a sus familiares.

En esta misma línea, Henderson, Beattie, Boyde, Storrie y Lloyd (2006a) describe el aprendizaje cooperativo como la esencia de la práctica clínica, ya que el profesional de enfermería emplea la mayoría de su tiempo trabajando de forma cooperativa para conseguir objetivos comunes, que es el buen cuidar de cada uno de los pacientes. Además, añade que el aprendizaje cooperativo mejora las habilidades de comunicación, negociación, gestión de las relaciones, organización y liderazgo entre otros. Un ejemplo de la necesidad de esta cooperación lo encontramos de forma habitual en las unidades de hospitalización, cuando un paciente sufre, por ejemplo, una parada cardio-respiratoria y se empieza a realizar la maniobra de resucitación cardio-pulmonar. En ese momento el profesional de enfermería que se encuentra más cerca del paciente inicia la técnica, mientras otra compañera llama al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para responder a los cuidados pertinentes que necesita ese paciente. Otra compañera enfermera

o auxiliar se encarga de llevar el carro de paros a la habitación y otra más se asegura de comprobar el acceso venoso del paciente, monitorizarlo y contabilizar las compresiones e insuflaciones realizadas, hasta que viene el servicio de UCI. El médico responsable del paciente es llamado y también acude de forma urgente a valorar al paciente, mientras que Supervisión también ofrece soporte al equipo que está reanimando. Cuando el equipo de UCI toma el control de la situación, el profesional de enfermería se encarga de la preparación y administración de medicación, así como de la constante monitorización y tranquilizar a los familiares. Se trata de un momento crítico, donde todos los profesionales que gestionan el bienestar de ese paciente juegan un papel específico con un objetivo común, salvar al paciente. Cada uno sabe lo que debe hacer y el buen hacer de cada uno de ellos influye de manera positiva o negativa en la supervivencia del paciente.

Además de la práctica clínica, la educación en enfermería se centra mayoritariamente en integrar la teoría a la práctica de forma que los estudiantes lleguen a convertirse en profesionales sanitarios competentes, con un pensamiento crítico para la práctica de enfermería, siendo flexibles y enfatizando en la idea del aprendizaje a lo largo de la vida (Goldsmith, Stewart y Ferguson, 2006). Para ello, se requiere un aprendizaje activo en el aula que sólo se consigue mediante la incorporación de nuevas metodologías cooperativas. Estas nuevas metodologías y técnicas permiten al estudiante de enfermería desarrollarse a nivel cognitivo, y más ventajoso aún, desarrollar sus habilidades comunicativas, de negociación, de trabajo en grupo, cooperación, organización y liderazgo (Gysels, Richardson y Higgison, 2005).

Si bien la cooperación es necesaria, en el ámbito de enfermería, los métodos de aprendizaje cooperativo están siendo implementados de forma gradual, tanto en alumnos de enfermería como en postgraduadas, mejorando el desarrollo profesional dentro del entorno clínico y permitiendo mayores oportunidades de interacción entre el alumnado, así como el desarrollo de diferentes competencias de enfermería (Becker y Neuwirth, 2002; Wright, 2003; Delpier, 2006).

Ya en los años 70, Cason, Cason y Bartruck (1977) y Kammer (1982) describieron los beneficios que se podían obtener de las metodologías instruccionales a comparación de las tradicionales en el ámbito de enfermería. Estas mejoras fueron atribuidas a la instrucción individualizada y al feedback que ofrecía el instructor o tutor. En sus estudios

se contaba con una muestra de 200 alumnos, obteniendo una mejora en las habilidades comunicativas, así como una mejoría en la propia responsabilidad y creatividad. Siguiendo a los anteriores autores, Iwasiw y Goldenberg (1993), realizaron un estudio comparando el progreso cognitivo en dos grupos que trabajaban con tutoría entre iguales y alumnos que trabajaban clínica con un solo docente, y la preferencia que tenían los alumnos (si preferían trabajar en parejas o con método guiado por el profesor). Los resultados que obtuvieron fueron que el grupo experimental que trabajaba con iguales desarrolló más sus capacidades cognitivas que el grupo control que trabajaba con un método tradicional y el grupo experimental prefería trabajar en parejas a trabajar en un aula con una estructura tradicional. Además, los alumnos con rol tutor se sintieron responsables de preparar y revisar todo el contenido que querían enseñar a sus parejas para ser más efectivos durante el proceso de aprendizaje, así el alumno tutor mejoró su autoestima, reforzó conocimientos e incrementó su nivel de conocimientos. Por lo tanto, otra conclusión que se extrajo del estudio es que el alumno tutor obtuvo más beneficios que alumno tutorado debido a la cantidad de oportunidades de interacción e intercambio de información.

También, Lin, Lu, Chung y Yang (2010) realizaron un estudio comparando la efectividad del aprendizaje utilizando la metodología tradicional y la metodología cooperativa, específicamente el aprendizaje basado en problemas, en la asignatura de ética de enfermería. Los resultados concluyeron que ambos grupos mejoraron su habilidad ética, pero además el grupo que utilizó aprendizaje cooperativo también mejoró en aspectos de satisfacción, de motivación propia y mejoraron el pensamiento crítico.

Utilizando el aprendizaje basado en problemas, pero en este caso para el desarrollo del pensamiento crítico, Ozturk, Muslu y Dicle (2008) concluyeron que el aprendizaje cooperativo fue más efectivo que el aprendizaje tradicional. Los alumnos que emplearon el aprendizaje basado en problemas desarrollaron más su pensamiento crítico obteniendo resultados estadísticamente significativos en comparación con el otro grupo, además de ser más tolerantes con las ideas del resto de compañeros y de tener la capacidad de evaluar toda la información referente a un conflicto antes de realizar una conclusión.

Empleando de nuevo el aprendizaje basado en problemas, Seren y Ustun (2008) destacan el aprendizaje cooperativo como un método eficaz para el desarrollo de las habilidades de resolución de conflictos. La resolución de conflicto implica saber manejar y desarrollar

habilidades comunicativas e interpersonales como la empatía, la escucha activa, conocer las necesidades del resto de personas, adaptación social y control de la ira. En este caso, la importancia de la resolución de conflictos implica que las habilidades comunicativas e interpersonales jueguen un papel relevante. Las conclusiones que se obtuvieron fueron similares a las del resto de investigaciones explicadas anteriormente con resultados de mejora y estadísticamente significativos en comparación con la metodología tradicional, enfatizando en que el aprendizaje basado en problemas tiene una estricta relación de dependencia con el desarrollo de la empatía entre otras habilidades.

En relación con la oportunidad que el aprendizaje cooperativo permite al trabajar en parejas de alumnos que estudian diferentes disciplinas se encuentra el estudio de Arroyo, Rocandio, Ansotegui, Pascual y Martinez (2008). Los autores muestran que el aprendizaje cooperativo es una buena estrategia de aprendizaje para enseñar conocimientos nutricionales al personal de enfermería que trabaja en un geriátrico. En este estudio trabajaban de forma cooperativa profesionales de enfermería, nutricionistas y auxiliares de enfermería, utilizando aprendizaje basado en problemas, pequeños grupos de discusión, simulaciones, y estudio de casos. Los resultados fueron una mejora en los conocimientos nutricionales en geriatría, además de un incremento de la motivación.

No sólo la implementación del aprendizaje cooperativo es efectiva para el desarrollo de diferentes competencias en enfermería y entre parejas de diferentes disciplinas, sino también resulta ser una práctica que aumenta las habilidades sociales (ayuda mutua, empatía, respeto, tolerancia y diálogo) y permite la integración de diferentes contenidos, facilitando también la comprensión de una realidad sanitaria que en el aula a nivel teórico se presenta segmentada y en la mayoría de casos poco integrada al mundo profesional real (González y Vergara, 2012). Yuan, Williams, Yin, Liu, Fang y Pang, (2011), llevaron a cabo un estudio con una muestra de 28 estudiantes de enfermería, donde se demostró que los alumnos mejoraron sus habilidades comunicativas, así como su nivel de empatía y conocimientos siendo además una práctica aceptada en el aula.

En esta misma línea, Baghcheghi, Koohestani y Razaei (2011) compararon la efectividad del aprendizaje tradicional con el aprendizaje cooperativo (utilizando diferentes prácticas de aprendizaje cooperativo como aprendizaje entre iguales, grupos pequeños de discusión, ejercicios de pensar en parejas entre otros) para el desarrollo de las habilidades comunicativas con los pacientes en un entorno clínico. Utilizaron sub-escalas muy

interesantes para cuantificar el grado aprendizaje de habilidades comunicativas (principio de la entrevista, habilidades de interacción, seguimiento de problemas, final de la entrevista). Los resultados obtenidos fueron que los alumnos tanto del grupo control como del experimental mejoraron sus habilidades, sin diferencias estadísticamente significativas, pero el grupo que utilizó aprendizaje cooperativo como método mejoró significativamente en relación con el grupo control en dos de las sub-escalas: mejoraron sus habilidades de interacción y el seguimiento de los problemas.

Como conclusión, según las evidencias científicas, la efectividad de la cooperación es notoria en comparación con las metodologías tradicionales, y puede ser implementada para mejorar diferentes competencias en enfermería. Se destaca la idoneidad de la metodología cooperativa para el desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas ya que permite una cantidad de interacciones superior al que pueden darse en otro tipo de metodologías. Además, el amplio abanico de técnicas cooperativas permite al docente adaptar las necesidades de sus alumnos y de la competencia que se desee trabajar.

Pese a las mejoras evidenciadas en muchos de los estudios, todavía no existe una cultura cooperativa en las aulas de las facultades de enfermería debido a una falta de conocimientos sobre la existencia de esta evidencia científica (Brannagan, Dellinger, Thomas, Mitchell, Lewis-Trabeaux y Dupre, 2013). Para ello es preciso que las metodologías cooperativas sean conocidas y reconocidas y que empiece a existir una cultura de cooperación no sólo entre alumnos para el desarrollo de una competencia, sino a nivel de profesorado y de instituciones que permitan demostrar que trabajando juntos se obtienen mejores resultados en todos los niveles educativos.

2.6 TUTORÍA ENTRE IGUALES

En este bloque se pretende, en primer lugar, definir la tutoría entre iguales y cómo ha ido evolucionando este concepto y su desarrollo en las aulas para, en segundo lugar, detenernos en especificar la variedad de tutorías que pueden ser implementadas en el aula, según la edad de las parejas de alumnos (*cross-age* o *same-age*) y según el desempeño de sus roles (tutoría fija o tutoría recíproca). En tercer lugar, argumentaremos los beneficios e implementación de la tutoría entre iguales en el aula, concluyendo en los beneficios que podría aportar esta metodología al ámbito de Ciencias de la Enfermería.

Para concluir el apartado, nos centraremos en las investigaciones dedicadas al campo sanitario, específicamente en el ámbito de las Ciencias de la Enfermería, donde se ha implementado la tutoría entre iguales como método cooperativo para el desarrollo de competencias en las disciplinas de la salud.

2.6.1 Conceptualización de la tutoría entre iguales

El término de tutoría entre iguales proviene de la expresión *Peer Tutoring*, la cual ha sido utilizada y desarrollada en el ámbito educativo anglosajón (Topping, 2015). Este tipo de metodología ha sido ampliamente desarrollada en el Reino Unido y en los Estados Unidos, lo que explica que sea una práctica formal educativa reconocida por los sistemas educativos en todos los niveles y en todas las áreas curriculares. Sin embargo, el contexto en nuestro país ha sido diferente, probablemente debido al uso más estructural que institucional debido a una situación económica precaria y a una falta de docentes y un exceso de alumnado en las aulas.

Inicialmente, las primeras prácticas de tutoría entre iguales diferían mucho de las que se implementan en la actualidad ya que el alumno tutor era un sustituto del profesor y no se esperaba que aprendiera. Sin embargo, las evidencias demostraron que tanto tutor como tutorado aprendían, incluso el tutor obtenía mayores beneficios que el tutorado mediante el aprendizaje entre iguales (Duran, 2015). De este modo, se cambió la concepción arcaica de tutoría entre iguales por una más actual.

Topping y Elhy (1998) ya hicieron referencia a este cambio de concepción, distinguiendo la concepción arcaica de la tutoría entre iguales y la concepción actual. Desde la definición arcaica, el tutor es visto como un sustituto del profesor donde la transmisión de conocimientos es lineal. Los alumnos más capaces enseñan a los menos capaces aprendiendo a cooperar, en tanto en que el profesor organiza el escenario y los recursos para que se pueda llevar a cabo. En la definición actual, personas de grupos similares, ayudan a otros a aprender y aprenden ellos mismos enseñando.

En un contexto de educación formal, Duran y Vidal (2004), definen la tutoría entre iguales como una modalidad de aprendizaje entre iguales basada en la creación de parejas de alumnos, con una relación asimétrica (el rol tutor y del tutorado dependen del nivel de competencia sobre la materia) y con un objetivo en común, conocido y compartido (la

enseñanza y el aprendizaje de contenidos curriculares) que se consigue a través de un marco de relación exteriormente planificado por el docente.

A diferencia de la ayuda entre iguales, el propósito de la tutoría es que ambos alumnos aprendan. El tutorado, porque recibe una ayuda personalizada (ajustada y permanente) de su compañero tutor; y el tutor porque aprende enseñando (Duran, 2014) a su compañero, a través de transformar la información para explicarla y de cuestionar (preguntado y respondiendo profundamente) a su compañero (Roscoe y Chi (2007).

Así pues, la tutoría entre iguales se presenta como una modalidad de aprendizaje entre iguales con un amplio abanico de posibilidades de aplicación en el aula (Topping, 1996). Teniendo en consideración esta última definición y conociendo las múltiples posibilidades de aplicación, profundizaremos en las diferentes tipologías de tutoría entre iguales según la diferencia de curso o no entre los iguales y la alternancia del rol.

2.6.2 Tipología de tutorías entre iguales: diferencia de curso y alternancia del rol

Como ya hemos comentado, la tutoría entre iguales ofrece un amplio abanico de situaciones educativas que pueden implementarse en el aula teniendo en cuenta que todas ellas se fundamentan en el aprendizaje cooperativo. Topping (1996) describe los criterios que hay que tener en cuenta en las prácticas de tutoría entre iguales según: el contexto (las prácticas se pueden ejecutar tanto en el ámbito de la educación formal, en la educación no formal y la empresarial), lugar (instituciones escolares, culturales o profesionales), tiempo (que existan dentro del currículo, como actividad extraescolar o de forma combinada), contenido curricular o asignatura (pueden implementarse en todas las áreas curriculares), objetivos (como por ejemplo, conocimientos conceptuales, procedimentales o actitudinales), las habilidades (habilidades generales o concretas), el formato (puede implementarse un tutor con un grupo de tutorados, o el más común es en parejas), la edad o curso (parejas de distintas edades o cursos, *cross-age*, o de edades o cursos iguales o similares, *same-age*), características del tutorado (toda la clase, *class-wide tutoring*, o sólo un alumno en concreto), las características del tutor (alumnos aventajados, alumnos a los que se le da instrucción para que tengan ventaja, alumnos con dificultades en lo que enseñan o con habilidades específicas entre otros), y continuidad

del rol (puede ser un rol permanente: no se intercambia el rol de tutor y tutorado en la pareja; o recíproco: los roles se alternan).

De todos estos criterios, Topping (1996) estudia con mayor profundidad la continuidad del rol y la diferencia de edad entre los participantes que trabajan en pareja.

Respecto a la diferencia de edad o misma edad entre los miembros de la pareja, las primeras prácticas de tutoría entre iguales fueron utilizadas desde la concepción arcaica en la cual el alumno mayor ejercía el rol de tutor, entendido como aquel sustituto del profesor que ayuda al compañero. En este tipo de tutoría, la diferencia de habilidad entre tutor y tutorado viene garantizado por la diferencia de edad. Diversos autores aconsejan que, con este tipo de tutorías, la edad entre los miembros de la pareja no sea demasiado distante, sino que entre sus edades haya dos cursos máximos de diferencia (Duran, *et al.* 2009).

Sin embargo, la utilización de la diferencia de edad como mecanismo de diferencia de habilidades es tan solo una opción. Baudrit (2000) sostiene que lo importante es la diferencia de actitudes y habilidades entre tutor y tutorado, tanto si la diferencia viene dada por la edad entre los miembros de la pareja, por la formación previa o por las propias capacidades personales del alumno. Duran (2012) sostiene que la competencia de tutor frente al tutorado viene dada también por el dominio del proceso de ayuda y del formato de interacción altamente estructurado que le ofrece el docente, la cual puede ser aprendida, tanto en tutoría de diferente como de la misma edad.

Respecto a la tutoría entre alumnos de la misma edad o curso, Baudrit (2000) destaca algunas potenciales ventajas. La primera es que los alumnos con la misma edad o mismo curso comparten un mismo escenario, un mismo programa escolar, en una misma aula, con los mismos compañeros y profesores, con el mismo nivel de lenguaje y de nivel socioafectivo, lo que hace que tutor y tutorado sean entes muy afines y muy próximos. Además, los alumnos con edades iguales o muy similares crean relaciones óptimas entre refuerzos positivos y negativos, lo que conlleva a relaciones estables y equilibradas. Duran (2014, 2015) argumenta que la organización del aula es mucho más fácil entre alumnos de la misma edad y tienen la oportunidad de conocerse entre ellos y de entender la diversidad de la clase como un elemento que beneficia el aprendizaje y un facilitador de inclusión. Roscoe y Chi (2007) también argumentan que la tutoría entre iguales de la misma edad o curso es más natural, ya que las inquietudes de la pareja serán más

similares. Duran y Gauvain (1993), comparando parejas de alumnos de la misma edad y de diferentes edades, concluyeron que las parejas de la misma edad se implicaban más y aprendían en mayor grado, posiblemente debido a una mejor satisfacción y más confianza en la relación de interacción que mantenían, hecho que ocurría en menor grado en las parejas de diferente edad. Aun así, no hay estudios conclusivos sobre la mayor efectividad de una u otra tutoría, y parece que elección debe hacerse en función de los objetivos y necesidades educativas.

Respecto al carácter fijo o recíproco del rol que ejerce la pareja de alumnos, las prácticas iniciales de tutoría entre iguales consistían en que el alumno mayor ejercía de tutor como sustituto del profesor, manteniendo el mismo rol durante todo el proceso. Conforme han aumentado las prácticas de tutorías entre iguales de la misma edad o curso surgió la posibilidad de que las parejas pudieran alternar los roles, implementando la tutoría con rol recíproco. Fantuzzo, Polite y Grayson (1990) demostraron que la tutoría recíproca mejoraba la productividad en el aula, ayudaba a bajar los niveles de ansiedad, mejoraba la satisfacción por parte del alumnado y aumentaba la motivación y la atención en clase. Siguiendo a Fantuzzo, King y Heller (1992) promovieron la tutoría recíproca obteniendo resultados positivos, así como en la fija también, mejorando las habilidades matemáticas y de la conducta.

Baudrit (2000) también indica que potencialmente se puede esperar que la tutoría recíproca reúna las siguientes potencialidades: facilitar la construcción conjunta de conocimientos, ya que ambos miembros de alumnos son elementos esenciales para el aprendizaje; la percepción del alumno no se ve identificada con un rol; permite la mutualidad, multidireccionalidad y aumento de la simetría, con mayor colaboración y existencia democrática entre los participantes.

Sin embargo, la presentación de las potenciales o posibles ventajas que presenta el rol recíproco cabe tener en consideración que los resultados no son concluyentes ya que los estudios que han comparado ambos tipos de tutoría no muestran resultados favorables de una sobre la otra (Baudrit, 2010, Duran y Monereo, 2005). Más aún, las potenciales ventajas de la tutoría recíproca pueden verse mermadas por el hecho que algunas competencias que se han estudiado comparando ambas tutorías requieren tiempos dilatados para su desarrollo (por ejemplo, el auto-concepto lector) y la tutoría recíproca sólo permite emplear la mitad de tiempo en cada rol (Flores y Duran, 2015). Finalmente,

en un nivel práctico, la tutoría recíproca tiene requerimientos más exigentes para su éxito, al necesitar que el tutor realice una preparación previa de la actividad para lograr esa distancia de habilidad con el tutorado, y conocer y dominar la estructura de las sesiones donde se desarrollará la actividad (Duran, 2011).

Así pues, la elección del tipo de tutoría que se quiera emplear en la tutoría entre iguales dependerá de los objetivos propuestos y de las características del alumnado y organización de la que se disponga en el aula (Duran y Vidal, 2011). Baudrit (2000) señala que los dos tipos de tutoría entre iguales, ya sea rol fijo o recíproco, presentan ventajas e inconvenientes. Lo que conviene es conocer ambas modalidades profundamente con la finalidad de utilizar una u otra en función de los objetivos que queramos conseguir. De esta forma, escogiendo correctamente el tipo de tutoría entre iguales podremos aumentar la potencialidad de los beneficios que conlleva el trabajar con el método de tutoría entre iguales.

En el presente trabajo se opta por una tutoría de mismo curso y de rol fijo y recíproco, teniendo dos grupos intervención. El motivo por el cual se decide tener dos tipos de tutoría entre iguales es porque no hay evidencias científicas suficientes que señalen cuál de las dos tutorías, o si las dos tutorías pueden desarrollar de igual forma la empatía en enfermería.

2.6.3 Beneficios e implementación de la tutoría entre iguales en el aula

Una vez concluido el marco teórico del aprendizaje cooperativo y habiendo contextualizado la tutoría entre iguales como una práctica cooperativa, evidenciando sus diferentes características y diferentes formas de presentarse en el aula, consideramos fundamental conocer los beneficios y la potencialidad de este método en el aula. Aunque actualmente este tipo de práctica se sigue implementando cada vez más en las aulas de educación primaria y secundaria, cabe considerar que todavía no es una práctica habitual en otros contextos educativos, como el universitario o la formación post universitaria. Es por ello que en el siguiente apartado realizamos una revisión sobre los beneficios, avalados por la evidencia científica, que nos permitirán justificar la utilización de esta práctica en el contexto de Ciencias de la Salud, en concreto de Ciencias de la Enfermería.

Inicialmente, los beneficios que puede tener la tutoría entre iguales teniendo en cuenta la interacción entre alumno-alumno a diferencia de la interacción que se produce entre alumno-profesor son diferentes. Siguiendo esta línea de investigación, Good y Brophy (1997) demostraron que, en determinadas condiciones, especialmente en el aula, la mediación de un igual puede ofrecer una ayuda dentro de la zona de desarrollo próximo más eficaz que la que proporciona un adulto, debido a que el alumno tutor tiene más facilidad para hacer uso del vocabulario y ejemplos apropiados a la edad. Además, es un reciente aprendiz de la materia, está familiarizado con las potenciales frustraciones y los problemas del nuevo aprendiz y tiende a ser más directo en la resolución de dudas que los adultos. También, Greenwood, Carta y Kamps (1990), al comparar la mediación de profesorado con la mediación de iguales, concluyeron que la mediación que ofrece el alumno en la tutoría entre iguales aumenta la ratio, el tiempo efectivo de aprendizaje, las elevadas oportunidades de responder y la inmediatez en la corrección de los errores.

Por otro lado, los beneficios que puede tener la tutoría entre iguales pueden variar y ser diferentes según el rol que adopte el alumno, ya sea rol tutor o tutorado. Duran y Vidal (2004) y Duran (2014) distinguen entre beneficios para el tutor y beneficios para el tutorado. El primer beneficio para el alumno tutor es el aumento de la implicación, del sentido de la responsabilidad y de la autoestima. El tutor siente que el aprendizaje de su compañero depende de la ayuda que le proporcione y esto hace que se implique activamente porque se siente responsable del aprendizaje del otro. Los resultados positivos que obtenga el compañero tutorado mejorarán la autoestima del tutor al sentirse responsable de estas mejoras. Otro beneficio para el tutor es que obtiene mayor control del contenido, de la tarea y mejor organización de los conocimientos propios para poder enseñarlos al compañero tutorado, demostrando que enseñando se aprende puesto que se necesita que el tutor domine los contenidos para saber explicarlos.

Además, el tutor es capaz de concienciarse de las lagunas e incorrecciones propias y detección y corrección de las del tutorado. Ante la necesidad de organizar los contenidos para que pueda explicarlos al tutorado de forma correcta, el tutor se da cuenta de las propias carencias que tiene y al mismo tiempo detecta las carencias del tutorado. Por último, se evidencia una mejora de las habilidades psicosociales y de interacción ya que las actuaciones constantes del tutor implican el uso de habilidades sociales, comunicativas y de ayuda.

Galbraith y Winterbottom (2011) focalizan su estudio en el aprendizaje del tutor concluyendo que el rol del tutor evoluciona durante la interacción entre iguales.

Inicialmente el tutor aprende la materia por vergüenza a no saber responder y se comporta de manera autoritaria con su compañero tutorado, pero conforme se desarrolla la actividad entre iguales, el alumno tutor pasa a ser una figura facilitadora de aprendizaje para el tutorado. También señalan un cambio positivo en la autoestima del tutor y se obtienen beneficios metacognitivos debido a las oportunidades de intercambio de ideas y de reflexiones compartidas durante la interacción.

Siguiendo de nuevo a Duran y Vidal (2011) y Duran (2014) en relación ahora a los beneficios para los alumnos tutorados se evidencian mejoras académicas, ya que el tutor ofrece una ayuda personal, ajustada y permanente que comporta un aumento en el tiempo de estudio, de trabajo y una mayor motivación. Además, el alumno tutorado disminuye el grado de ansiedad, la depresión y el estrés ya que trabaja en un clima de confianza que permite al tutorado expresar sus dudas sin miedo y son atendidas de forma inmediata.

Topping (1996) explica los beneficios de la tutoría entre iguales en beneficios tanto para el tutor como para el tutorado en aspectos psicopedagógicos (aprendizaje activo y participativo, retroalimentación inmediata, auto-responsabilización del proceso de aprendizaje, tutor y tutorado aprenden, beneficios cognitivos, beneficios motivacionales y de actitudes), psicosociales (mejora la comunicación y la cooperación), políticos (reducción de la insatisfacción, delegación democrática de la dirección del proceso de aprendizaje y autonomía del alumnado) y económicos (relativización de la ratio, efectividad del aprendizaje, profesorado puede atender de manera individual).

Las conclusiones anteriores parecen bien avaladas por los resultados de los meta-análisis en tutoría entre iguales. Ginsburg, Fantuzzo y Rohrbeck (2006) realizan un meta-análisis donde demuestran los beneficios de la tutoría entre iguales, a nivel social, académico y de comportamiento. Los resultados concluyeron que la mayoría de estudios reportaba resultados positivos en cuanto a una mejora académica de los alumnos, así como una mejora de la autoestima. También se demostró una mejora actitudinal y promoción de buen comportamiento y socialización en el aula durante y tras la utilización de esta metodología.

Pero como toda metodología, la tutoría entre iguales también cuenta con posibles desventajas o inconvenientes. Topping (2000) advierte de los posibles riesgos de la tutoría entre iguales debido a que el alumno tutor no tiene los mismos conocimientos ni

habilidades que el profesor, por tanto, la calidad de ayuda será menor. Así mismo, el riesgo de que el tutor tenga concepciones erróneas y las explique de forma errónea al tutorado es mayor que si las explicaciones fueran dadas por el profesorado, además de que el tutor puede ofrecer respuestas construidas en vez de dar la oportunidad al tutorado para que las construya. Más aún, Duran (2015) advierte de otros peligros para los tutores, como por ejemplo que se excedan con el poder que les otorga su rol de tutor o que tengan sentimiento de pérdida de tiempo. Durante la elección de las parejas también pueden surgir sentimientos de imposición de las parejas que no se han escogido de forma voluntaria, sentimientos negativos en los alumnos rechazados o sentimientos de inferioridad por parte del alumno con rol tutorado.

En relación con el papel que juega la familia en este proceso de aprendizaje es importante que las familias no crean que sus hijos/as pierden el tiempo ayudando a otros o siendo ayudados, sino que es una inversión de tiempo empleado en el propio desarrollo de su hijo/a.

Por otro lado, para contrarrestar estos posibles riesgos es imprescindible una buena planificación de la tutoría entre iguales en las aulas (Moliner, 2015). Topping (2007), Greenwood, Carta y Kamps (1990) y Duran (2012, 2015) destacan la importancia de una formación previa y entrenamiento del alumnado, especialmente el alumno tutor, antes de comenzar las sesiones de tutoría entre iguales para que estructuren junto con el docente las tareas a realizar y resuelvan dudas. También resulta relevante la preparación de materiales, de la estructura de las sesiones y de la relación entre tutor-tutorado. Para ello es necesario que el profesor defina una estructura de interacción entre ambos alumnos muy determinada y precisa. A medida que las parejas interioricen la estructura y aprendan la dinámica, el profesor puede ir transfiriendo la tarea de mediador de aprendizaje. Este dominio de la práctica entre iguales requiere tiempo de entrenamiento y monitorización que se debe otorgar a cada pareja de alumnos ofreciéndose, por parte del docente, un feedback en cada sesión.

Una vez definida y contextualizada la tutoría entre iguales, teniendo en consideración los beneficios y conociendo las limitaciones y posibles soluciones a esas limitaciones para poner en práctica para esta práctica en el aula, en el próximo apartado abordaremos la tutoría entre iguales en relación con la formación en el ámbito de ciencias de la Enfermería.

2.6.4 La Tutoría entre iguales y Enfermería

La tutoría entre iguales ha sido ampliamente estudiada en programas de educación primaria, secundaria y en grupos de soporte (como por ejemplo pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida), pero en el ámbito específico de ciencias de la enfermería y otros profesionales sanitarios ha sido poco documentada hasta el momento. A pesar de ello, los estudios realizados muestran resultados positivos respecto a la utilización de la tutoría entre iguales en enfermería y la califican como una metodología efectiva para el desarrollo de competencias en enfermería.

En relación con la falta de evidencia respecto a la implementación de la tutoría entre iguales y enfermería, Parkin (2006) realizó un estudio cualitativo utilizando grupos focales y cuestionarios sobre la experiencia educativa de aprender mediante tutoría entre iguales, donde los tutorados eran alumnos de enfermería y los tutores eran profesionales de enfermería que trabajaban en hospitalización. Según los tutorados, los obstáculos que encontraron fueron, por una parte, la falta de motivación, predisposición, conocimiento y experiencia por parte del tutor para enseñar; y por otra parte una falta de conocimientos a la hora de enseñar de forma formal. Además, refirieron que el entorno de trabajo no era óptimo para llevar a cabo este tipo de práctica debido a la gran cantidad de trabajo que había en la unidad y los tutores no podían atenderlos siempre que lo necesitaban. Por otro lado, los tutores expresaron no tener un tiempo de adaptación para ejercer correctamente su rol de tutores, además expresaban estar poco motivados a enseñar debido a una desmotivación por parte del tutorado, y aunque los profesionales se sentían capaces de enseñar al tutorado no tenían experiencia ni habilidades para enseñar de forma formal. También señalaron la falta de tiempo y la gran cantidad de trabajo en planta como factores estresantes que les impedían tener tiempo para explicar y dedicarle al tutorado. Las soluciones que se plantearon para poder llevar a cabo esta práctica fueron aprender a gestionar el tiempo y dar soporte a los tutores y al equipo para equilibrar la carga de trabajo, y dar tiempo a los tutores para que se adapten a su nuevo rol. Cabe considerar que el estudio tuvo en cuenta una serie de factores que favorecían la implementación de la tutoría entre iguales y es la disposición a participar que los profesionales presentaban, la paciencia, el entusiasmo y la confianza que depositaban en este tipo de aprendizaje. En esta misma línea, Carey, Kent y Latour (2016) recopilan estudios cualitativos de tutoría entre iguales para mejorar el aprendizaje de la práctica clínica.

Por otro lado, cuando se investigan las intervenciones que se han realizado en los estudios utilizando la tutoría entre iguales no se especifica el contexto en el cual se lleva a cabo el estudio, ni las características de los participantes, ni las variables del tutor y tutorado que se tienen en consideración para implementar la tutoría entre iguales en las aulas de enfermería, así como tampoco el programa que siguen. Para poder dar solución a estos obstáculos, destacamos un programa de tutoría entre iguales creado por Blowers, Ramsey, Merriman y Grooms (2003) que tiene como objetivo concretar las características que tiene el perfil de un alumno con rol de tutor o de tutorado en el ámbito de la enfermería, la relación que se debe establecer entre ellos, los objetivos que deben proponerse y los resultados, con la finalidad última de tener en cuenta todas estas características antes de implementar la tutoría entre iguales en el ámbito de enfermería para el aprendizaje sea exitoso.

En primera instancia, los autores definen las características que poseen los alumnos con rol tutorado como aquellos que suelen ser lectores con un nivel bajo-medio, con dificultad a la hora de seleccionar información y precisan leer todo el texto. Con una tendencia al aprendizaje descontextualizado, falta de profundidad de conocimientos y no conocen los recursos de aprendizaje de los cuales disponen. Además, la falta de conocimientos les hace no interactuar tanto con sus compañeros tutores durante las primeras sesiones, pero deben ser alumnos que tengan una actitud participativa y activa durante su aprendizaje.

Por otro lado, el perfil del alumno tutor de enfermería suele ser un alumno abierto, con habilidades interpersonales y con conocimientos medianamente organizados, siendo capaz de reorganizar esquemas mentales, utilizando un vocabulario profesional y explicándole al tutorado la actividad dentro de su ZDP. Esto es realmente importante ya que el tutor es el guía de aprendizaje del tutorado.

En referencia a la relación que tutor y tutorado deben mantener, los autores enfatizan en que debe estar basada en la interacción constante, permitiendo tener una relación cómoda y comunicativa donde se ayuden y aprendan mutuamente.

Tras conocer la efectividad de la tutoría entre iguales en enfermería y conociendo los beneficios e implementación del aprendizaje cooperativo anteriormente explicado, consideramos importante destacar los efectos, entendidos como los beneficios y las dificultades, de la tutoría entre iguales en el ámbito de enfermería.

2.6.5 Efectos de la tutoría entre iguales en Enfermería

Los efectos de la tutoría entre iguales en Enfermería se muestran en diferentes niveles: interpersonales (habilidades sociales y comunicativas), conductuales, emocionales y cognitivos. Con el propósito de organizar los resultados de las investigaciones más relevantes en el ámbito de enfermería, hemos intentado seccionar los artículos revisados en cuatro grupos de efectos: a) efecto en el desarrollo de habilidades comunicativas, b) desarrollo emocional y conductual, c) desarrollo cognitivo, d) Efecto coste-beneficios.

A) Efectos en las habilidades comunicativas del alumnado.

Loke y Chow (2007) realizan un estudio cualitativo analizando 40 estudios donde demuestran que la tutoría entre iguales tiene efectos muy positivos en el desarrollo de las habilidades comunicativas en los estudiantes de enfermería. Los resultados obtenidos fueron que los alumnos tuvieron más experiencias positivas que negativas, incluyendo en las negativas la sensación de frustración al no entenderse con el compañero y el requerimiento de tiempo para implementar esta metodología. Como aspectos positivos destacan la mejora de habilidades y conocimientos, mostrando mejoras en la competencia de pensamiento crítico y reflexivo, así como crecimiento personal, autoestima, responsabilidad y amistad entre las parejas. También mejoraron sus habilidades comunicativas, interpersonales, manejo del tiempo al tener la oportunidad de interacción más veces con su pareja de alumno. El aprender con un igual les enseña a respetar al compañero y a sí mismo, de forma que aprenden a respetar también a los pacientes y a mostrarse más receptivos a la hora de establecer comunicación con otros. Aprender a preguntar de forma abierta al paciente sobre su estado de salud, clarificar la información que ofrece el paciente, realizar preguntas de forma educada, negociar, ofrecer explicaciones claras y a entender la situación que vive el paciente, aprender a empatizar, conlleva a mejoras en los alumnos a nivel de habilidades comunicativas y sociales, además de influir de forma positiva en el proceso de cuidados del paciente.

B) Efectos en el desarrollo emocional y conductual

En relación a los efectos emocionales y conductuales destacamos la sensación y el grado de ansiedad que muestran los alumnos durante la práctica de tutoría entre iguales, ya que es un factor determinante a tratar donde el papel del docente tiene una gran relevancia

para el descenso y la desaparición de la ansiedad en el aula. Stone, Cooper y Cant (2013) y Roberts (2008) realizan una revisión sistemática sobre los diferentes niveles de ansiedad de los estudiantes a la hora de utilizar diferentes metodologías cooperativas, entre ellas la tutoría entre iguales. Sesenta de los ochenta artículos revisados demostraron resultados positivos, tanto en un decrecimiento de la ansiedad durante el proceso de aprendizaje, ya que el tener una persona que asista de forma individual y personalizada les aporta más seguridad al comienzo de sus carreras, como beneficios a nivel de desarrollo de habilidades comunicativas, ya que tienen la oportunidad de interactuar continuamente y practicar y mejorar. Así mismo, hubo mejoras cognitivas y emocionales como mejora de la autoestima, la confianza en sí mismos, la satisfacción y profundización e interiorización de los conocimientos. Sí cabe destacar que la ansiedad en los alumnos tutores que utilizaban la tutoría entre iguales, u otras prácticas cooperativas en el aula, era debido a la presión que ellos/ellas mismas se ejercían en su ejercicio de responsabilidad por enseñar bien al tutorado, y los niveles de ansiedad disminuían conforme avanzaban las sesiones y se sentían más preparados para ejercer su rol de tutores.

Ruth-Sahd (2011) concluyó que el nivel de ansiedad de los alumnos que trabajan entre iguales, al interactuar entre ellos va decreciendo conforme la metodología se implementa en el aula y los alumnos se adaptan, formando comunidades de aprendizaje entre ellos que ayudan a que se sientan más confiados, responsables, se sociabilicen más y tengan soporte.

En relación con los resultados de las investigaciones anteriores, Brannagan, Dellinger, Thomas, Mitchell, Lewis-Trabeaux y Dupre (2013) obtienen que los alumnos que reciben tutoría entre iguales experimentan un nivel de ansiedad mayor que los que trabajan con el profesor de forma tradicional. Pero estos niveles de ansiedad decrecen cuando se encuentran tutor-tutorado y docente. Igual de importante es recalcar que los alumnos con rol de tutor perciben esta metodología como positiva.

Durante los programas de tutoría entre iguales los alumnos mejoran la confianza en sus conocimientos, sobre todo los alumnos con rol tutor, ya que al experimentar que son responsables del aprendizaje de otro alumno se aseguran de tener todos los conocimientos necesarios y su confianza en su rol como tutores crece durante las prácticas (Morris y Turnbull, 2004). Se les brinda la oportunidad de enseñar y al mismo tiempo aprender

enseñando, interiorizando los conocimientos que van adquiriendo y aumentando su seguridad en sí mismos sobre la capacidad que tienen de aprender enseñando (McKenna y French, 2010).

Este aumento de la confianza en el alumnado y las oportunidades de aprendizaje que permite la utilización de la tutoría entre iguales, conlleva que el alumnado se sienta satisfecho con esta práctica y la valore como una experiencia positiva para su aprendizaje. Secomb (2008) y Stone, Cooper y Cant (2013), remarcan que probablemente está satisfacción venga dada porque los alumnos se ven más responsables y más activos durante su proceso de aprendizaje, aportándoles además una sensación de autonomía que con una metodología tradicional no sería posible.

C) Efectos de la tutoría entre iguales sobre el desarrollo cognitivo.

Secomb (2008) realiza una revisión sistemática con la finalidad de clarificar aspectos positivos y negativos del aprendizaje entre iguales, entre ellos a nivel cognitivo. Los estudios concluyen que hay una mejoría del desarrollo cognitivo, a pesar de que algunos estudios no utilizan test cognitivos con la suficiente validez y confiabilidad, y las oportunidades de aprendizaje que ofrece esta metodología son elevadas.

Loke y Chow (2007) obtuvieron resultados positivos en relación con la mejoría en las habilidades de aprendizaje que influyen en la reflexión y el pensamiento crítico. De acuerdo con los resultados, Christianse y Bell (2010) y Bos (1998) argumentan que tomar el control sobre el propio aprendizaje y facilitar la autonomía del alumno mediante este tipo de metodología conlleva a que además de desarrollar pensamiento crítico y reflexión también mejore en habilidades de resolución de problemas y de liderazgo.

También, McLelland, McKenna y French (2013) determinan que el aprendizaje entre iguales, donde interactúan diferentes profesionales de diferentes ámbitos, como las matronas y paramédicos, ayuda a consolidar los propios conocimientos de cada ámbito y a empatizar con el trabajo de los compañeros de otros servicios. Además de habilidades cognitivas, la tutoría entre iguales permite desarrollar habilidades de dominio de técnicas, ya que todos los alumnos tienen la oportunidad de experimentar y ensayar este tipo de habilidades con la ayuda de un compañero, situación que no sería posible para todo el alumnado en una clase magistral o durante las prácticas hospitalarias (Secomb, McKenna y Smith, 2012; Goldenberg, Andrusyszyn y Iwasiw, 2005). Un ejemplo podría ser cómo

la tutoría entre iguales puede ayudar en la habilidad de canalizar catéteres periféricos, sin la necesidad de tener que dañar al paciente y ensayando la técnica tantas veces se precise hasta llegar a ser lo suficientemente habilidoso como para canalizar la vía en un paciente real. Las instrucciones personalizadas, la oportunidad de preguntar, de clarificar conceptos, de recibir recomendaciones y sugerencias, ser evaluadas y además de tener la posibilidad de equivocarse sin consecuencias que repercutan al alumno ni al paciente sólo puede ser posible en un contexto de práctica entre iguales.

Apoyando a estos resultados, pero en el ámbito de medicina, Silvert y Lake (2012) realizan una investigación cuantitativa, con una muestra de 321 estudiantes. Los resultados obtenidos fueron similares a los resultados positivos en enfermería, demostrando que el aprendizaje entre iguales, definido en el artículo como tutoría entre iguales por Topping (1996), resulta beneficioso para los alumnos en la adquisición de habilidades, como por ejemplo la exploración del paciente, además de habilidades cognitivas y de confianza y habilidades comunicativas.

D) Efecto coste-beneficio

Por último, la implementación de la tutoría entre iguales en las aulas es un método capaz de reducir el coste-económico de la educación en enfermería, donde existe una escasez de recursos y de falta de presupuesto (Loke y Chow, 2007; Brannagan, Dellinger, Thomas, Mitchell, Lewis-Trabeaux y Dupre, 2013).

Aprender entre iguales resulta una práctica interesante desde una perspectiva económica, ya que además de que cada alumno tenga una ayuda personalizada adaptada a sus necesidades de aprendizaje, el alumnado está atendido durante todo el transcurso de una clase, ya que es el propio alumno quien realiza un rol de tutor, mientras que el docente es una figura que guía el aprendizaje de las parejas de alumnos y puede ofrecer un mayor soporte a cada pareja. El docente no se enfrenta a una multitud en el aula, sino que las dudas de cada pareja se resuelven en primera instancia entre la pareja y si no se consigue resolverlas el docente es quien interviene en esa mediación entre conocimiento y aprendizaje.

En resumen, la tutoría entre iguales presenta una gran cantidad de efectos positivos, siendo una metodología potencialmente útil para la mejora de las habilidades cognitivas, sociales y comunicativas, así como efectiva. Además, los beneficios también favorecen al

paciente que es quien, en primera instancia, recibe los cuidados del alumnado que está aprendiendo.

Por este motivo se decide utilizar esta práctica en el presente proyecto con la finalidad de desarrollar la empatía, uno de los elementos principales de las habilidades comunicativas y sociales, en los alumnos de enfermería.

III. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

III. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico de la investigación

4.2 Muestra: hospitales universitarios y alumnos

4.3 Intervención: proyecto para el desarrollo de la empatía basado en la tutoría entre iguales

4.4 Instrumentos de recogida de datos

4.4.1 Diseño cuasi-experimental

4.4.2 Análisis del proceso: Protocolo documental

4.5 Análisis y tratamiento de los datos

4.5.1 Diseño cuasi-experimental

4.5.2 Análisis del proceso: análisis de la interacción

4.6 Procedimiento de la investigación

4.6.1 Fase inicial

4.6.2 Fase intermedia

4.6.3 Fase final

Tal como se ha visto en el marco teórico, el desarrollo de competencias interpersonales y comunicativas, en concreto la empatía como uno de los elementos clave, resulta imprescindible para la profesión de enfermería. Cuidar de otras personas requiere poder entenderlas, ponerse en su lugar y comprender las necesidades fisiológicas y psicológicas que tienen durante el proceso crítico por el cual están pasando y sufriendo llamado enfermedad. Para ello disponer de intervenciones potencialmente efectivas para el desarrollo de la empatía es uno de los objetivos que presentamos en el presente proyecto.

La investigación que se presenta pretende, en primer lugar, contar con el primer diseño de intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía, en el ámbito de la enfermería.

Además, se llevará a la práctica en contextos reales de formación, con el objetivo de conocer la potencialidad y efectividad de dicha intervención, los elementos responsables de dicha potencialidad y sus posibilidades de incorporación en las actuaciones docentes dirigidas a contribuir al desarrollo de esta competencia social, tan compleja como valiosa.

3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La opción por una metodología mixta, que luego se justificará, requiere el uso combinado de hipótesis y preguntas para la consecución de los dos objetivos de la investigación, que se presentan a continuación.

✓ Objetivo 1:

Diseñar una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en estudiantes universitarios del Grado de Enfermería.

✓ Objetivo 2:

Explorar la potencialidad de la tutoría entre iguales como propuesta de intervención para el desarrollo de la empatía en los estudiantes universitarios del Grado de Enfermería.

El Objetivo 2 se concreta en una hipótesis y tres preguntas.

➤ **Hipótesis:**

Todo el alumnado participante en el proyecto *Empatiza-mi-me con mimo* demostrará un mayor grado de empatía, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en un cuestionario de empatía para estudiantes versión español (cuestionario JSPE-S) administrado en forma de pre-test y post-test. En cambio, se espera que el grupo de comparación no obtenga cambios estadísticamente significativos entre el cuestionario pre-test y post-test (cuestionario JSPE-S).

➤ **Preguntas de investigación:**

Con el propósito de dar cuenta de los posibles cambios cuantitativos, el trabajo cualitativo, centrado en el análisis del proceso, trata de descubrir qué elementos de la interacción, a lo largo de los tres segmentos que constituyen la sesión de tutoría entre iguales, contribuyen al desarrollo de la empatía de los estudiantes. Para ello, se formular tres preguntas.

1. En el segmento de la aproximación conceptual, ¿Qué actuaciones de la pareja ayudan o entorpecen el desarrollo del conocimiento conceptual de la empatía?
2. En el segmento de la práctica, ¿Qué actuaciones de la pareja ayudan o entorpecen el desarrollo emocional de la empatía?
3. En el segmento de la reflexión, ¿Qué elementos favorecen la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía?

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico de la investigación

Tras considerar estudios realizados con anterioridad sobre el desarrollo de la empatía (Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing, 1999; Brunero, Lamont y Coates, 2010 y Cunico, Sartori, Marognolli y Meneghini, 2012) y siguiendo las recomendaciones actuales de la investigación educativa basadas en metodologías mixtas, la investigación presente adopta un diseño secuencial explicativo (Creswell, 2015). Dicho diseño combina un estudio cuantitativo, en este caso un diseño cuasi-experimental con grupo de comparación, y un estudio cualitativo, basado en el análisis de los datos del proceso, especialmente la

interacción en el sí de las parejas, como forma de explicar los cambios detectados cuantitativamente.

El motivo por el cual se escoge este tipo de estudio mixto es porque la empatía y el estudio de los fenómenos educativos son elementos muy complejos que requieren de una metodología que contemple diferentes puntos de vista. El diseño secuencial explicativo permite identificar, en primer lugar, posibles cambios producidos como efecto del programa (a través del pre y post-test y el estudio estadístico de sus resultados), pero a su vez, a través del estudio cualitativo de los datos del proceso, explicar qué elementos son responsables de dichos cambios. Este último componente, análisis del proceso, especialmente de la interacción entre los miembros de la pareja, sitúa el estudio en lo que se ha llamado última generación de investigación sobre el aprendizaje entre iguales, ya que uno de nuestros objetivos es conocer y analizar los mecanismos que podrían explicar la mejora del alumnado durante el proceso del cual se analiza la interacción, en el desarrollo de la empatía. Se parte desde un enfoque ecológico ya que el contexto de trabajo es el aula universitaria y hospitalaria, contexto en el cual se desarrolla gran parte del aprendizaje del alumnado

4.2 Muestra: hospitales universitarios y alumnos

El contexto en el que se desarrollará el proyecto será en dos hospitales que tienen convenio de prácticas, y por lo tanto son hospitales universitarios, con la Universidad de Barcelona. Los hospitales son el Clínic de Barcelona y el Consorci Sanitari Moisès Broggi. Ambos hospitales disponen de aulas donde se instalarán los recursos materiales que se precisen para llevar a cabo la práctica y están dispuestos a ayudar con recursos materiales y soporte técnico para el desarrollo del proyecto. El motivo por el cual se decide realizar un estudio multicéntrico es porque son centros de referencia en Barcelona y en su área metropolitana y ofertan diferentes números de plazas para estudiantes de enfermería que detallaremos a continuación.

- H. Broggi: 2 grupos del turno de mañana, 5 alumnos por grupo, en total 10 alumnos del turno mañana. Hay 2 grupos del turno de tarde, en total 10 alumnos del turno tarde. Un total de 20 alumnos por periodo de prácticas. Existen dos periodos de prácticas, teniendo un total de 40 alumnos durante el curso académico.

- H. Clínic: 4 grupos del turno mañana, 7 alumnos en 2 de los 4 grupos, 8 alumnos en otro grupo y 5 en el otro grupo restante, en total 27 alumnos de mañana. Hay 4 grupos del turno de tarde, 7 alumnos en 3 de los grupos y 5 en el otro grupo, en total 26 alumnos del turno tarde. Un total de 53 alumnos por periodo, siendo 106 alumnos aproximadamente por curso académico.

Para llevar a cabo la intervención disponemos de una muestra 76 alumnos universitarios matriculados en el Grado de Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Barcelona en estos dos hospitales. Estos 76 alumnos están cursando la asignatura de Practicum II, asignatura obligatoria orientada a desarrollar las competencias aprendidas durante el tercer curso en el aula a la práctica hospitalaria real. Se trata de una asignatura troncal en la cual los alumnos universitarios, según su nota de expediente y sus necesidades personales, escogen una plaza disponible en diferentes hospitales que tienen convenio con la universidad, con la finalidad de realizar sus prácticas durante el transcurso de cuatro meses, 6 horas diarias y realizando seminarios de 2 horas semanales cada 15 días y pases de visita semanales por cada unidad en la que realizan prácticas.

Para la asignación de alumnos al grupo comparación o al grupo intervención se ha tenido en cuenta el control de dos variables: hospital (puesto que el Clínic es un centro, por diversas razones, muy solicitado y ello repercute en la composición de los alumnos) y la variable turno (mañana o tarde). En el primer caso, se asigna al azar el hospital que representa el grupo intervención y el que representa el grupo de comparación, siendo los alumnos del Hospital Moisès Broggi representantes del grupo de intervención y los alumnos del Clínic representantes del grupo comparación. De esta forma se neutraliza el efecto de la variable centro de prácticas. En cuanto a la variable del turno en el que se realizan las prácticas, tanto en el grupo intervención como en el de comparación está compuesto por ambos turnos.

De los 76 alumnos, como ya hemos dicho, 36 pertenecerán al grupo de comparación y los 40 restantes al grupo de intervención. Se puede considerar que es una muestra suficiente, ya que las investigaciones revisadas engloban una muestra entre 10 y 103 alumnos (Chant, Jenkinson, Randle, Russel y Webb, 2002; Brunero, Lamont y Coates, 2010).

4.3. Intervención: proyecto para el desarrollo de la empatía, basado en la tutoría entre iguales

La situación de tratamiento viene concretada en el proyecto *Empatiza-mi-me con mimo* que se ha diseñado con el objetivo de desarrollar la competencia empática a través de la tutoría entre iguales. La propuesta, fruto de este trabajo de investigación, se presenta de forma detallada como primer apartado de los resultados, donde además se da cuenta de las decisiones que, basadas en el marco teórico presentado, se han tomado.

Baste ahora decir que consiste en la implementación de la tutoría entre iguales recíproca, tutoría entre iguales donde el rol de tutor y tutorado se intercambia durante las sesiones, durante una duración de 5 semanas en la cuales se realizan 6 sesiones. La primera semana está dedicada a la presentación del proyecto *Empatiza mi-me con mimo*. Seguidamente, la segunda, tercera y cuarta semana es donde se llevará a cabo la tutoría entre iguales recíproca mediante la realización de 6 sesiones, dos sesiones de una hora por día. Y por último, la última semana está dedicada a realizar un post-test del auto-cuestionario de empatía de Jefferson en su versión española y en la versión adaptada al profesional de enfermería. En el apartado de procedimientos de la investigación se especifican los objetivos y la estructuración de cada una de las sesiones.

4.4 Instrumentos de recogida de datos

A continuación, en la tabla 6 quedan sintetizados todos los instrumentos utilizados para la recogida de datos que se han utilizado en la investigación con algunos datos que permiten dar una visión global y detallada de éstos.

Diseño/ Análisis	Instrumentos	Medición/ Observación	Agentes	Material recogido	Uso	Análisis de los datos
CUASI- EXPERIMENTAL	JSPE- S	Nivel de autopercepción de la empatía	Alumnos: Tutores y tutorados	Pruebas realizadas	Pretest y Postest	SPSS 22
ANÁLISIS DEL PROCESO	Registro de sesiones de empatía	Influencia Tutoría entre iguales	Muestra de alumnos: tutores y tutorados	Videos grabados y apuntes del alumnado	Proceso	Atlas.ti
	Materiales del aula	Proceso de trabajo	Muestra de alumnos: tutores y tutorados	Dosier de aprendizaje del alumnado	Proceso	Atlas.ti
	Cuestionario	Valoración final del programa	Muestra de alumnos: tutores y tutorados	Cuestionario	Final	Atlas.ti

Tabla 7. Instrumentos de recogida de datos

4.4.1 Diseño cuasi-experimental

A) Auto-cuestionario de medición de Empatía de Jefferson para estudiantes de ciencias de la salud versión española (JSPE-versión S)

Tras la versión genérica de la JSPE se decidió modificar ligeramente la escala para que fuera empleada en estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud. Esta nueva versión para estudiantes llamada JSPE-versión S debería reflejar las orientaciones o actitudes de los estudiantes hacia la empatía en la atención al paciente (Hojat *et al.*, 2002).

Una vez la escala fue adaptada al ámbito académico del estudiante de ciencias de la salud, Alcorta-Garza, González-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodríguez- Lara y Hojat (2005) adaptaron y validaron la JSPE-S a la lengua española, con una consistencia interna de 0,74, siendo capaz de analizar el impacto de estrategias educativas dirigidas a mejorar los niveles de empatía, con beneficios para el desarrollo profesional de todos aquellos agentes que participan en el cuidado del paciente. Se evaluaron los 20 ítems de la escala original con análisis de factores utilizando el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal, y se identificaron como resultados la presencia de 3

elementos con coeficientes factoriales altos, al igual que había ocurrido con la escala original, que se denominan como: Toma de Perspectiva, descrito como el elemento cognitivo principal de la empatía; Cuidados compasivo o atención compasiva, relacionada con la parte más emocional en la atención al paciente, entender las experiencias del paciente, entender los sentimientos del paciente, su mundo más emocional; y la última, Ponerse en los zapatos del paciente, como la capacidad de pensar como el paciente. Según Davis (1994) y Kunyk y Olson (2001) la estructura factorial de la JSPE es consistente con la idea de analizar la empatía de forma multidimensional.

- Descripción del auto-cuestionario

Los 20 ítems están compuestos por un enunciado y una escala tipo *Likert*, como opción de respuesta a un conjunto de siete categorías, siendo 1: totalmente en desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo. Cabe destacar que el auto-cuestionario tiene 10 elementos redactados positivamente y otros 10 redactados negativamente para reducir el estilo de respuesta de aquiescencia. En las respuestas negativas, como consecuencia, los elementos son calificados inversamente. Una puntuación más alta en la JSPE-S indica un mayor grado de empatía autopercebida.

- Estructura teórica del auto-cuestionario

La estructura teórica del cuestionario se basa en 3 dimensiones fundamentales en la orientación y las actitudes que presentan los estudiantes hacia la empatía, como son la Toma de perspectiva, los cuidados o atención compasiva y la habilidad de ponerse en el lugar del paciente, los cuales detallamos a continuación (Ward, Schaal, Sullivan, Bowen, Erdmann y Hojat, 2009).

- ✓ Toma de perspectiva: se refiere a aquel punto de vista que hace que el profesional sea objetivo cuando realiza una escucha activa sobre las preocupaciones del paciente y se ofrecen respuestas empáticas. Este elemento representaría la parte más cognitiva de la empatía, ya que pretende evaluar la objetividad que cree tener el alumno hacia la comprensión y el entendimiento del mundo en el que vive el paciente.
- ✓ Cuidados compasivos: simbolizan la conexión entre paciente y profesional sanitario, una conexión humana basada en el cuidado. Esta dimensión representa

la parte emocional, emotiva de la empatía, entendida como la capacidad que cree tener el alumno hacia el cuidado que proporciona al paciente, el cariño que muestra en su cuidado, la afinidad con el paciente y la comprensión de sus sentimientos.

- ✓ Habilidad para “Ponerse en lugar del paciente”: se refiere a la habilidad de percibir y entender de forma profunda los sentimientos de los otros, la habilidad de entrar en el mundo subjetivo del otro. Esta dimensión representaría la capacidad que cree el alumno que posee hacia la comprensión de sentimientos ajenos a él/ella, identificar y entender las emociones que muestra el paciente en un momento determinado y tener la capacidad de poder ponerse en la piel del resto de personas.

En esta investigación, se utilizará el auto-cuestionario en forma de pre-test y post-test para aceptar o no la hipótesis 1 planteada al principio del presente capítulo.

4.4.2 Análisis del proceso: Protocolo de observación

Con la finalidad de hacer un análisis más profundo del proceso para poder explicar los posibles cambios cuantitativos detectados y responder a las preguntas ya planteadas, a continuación, se presentan los documentos que aportan información directa del proceso.

A) Registro videográfico de las 6 sesiones de intervención en pareja

Todas las parejas del grupo de intervención serán grabadas en vídeo, con la finalidad de realizar un análisis de la interacción que permita conocer los elementos interactivos que son responsables o contribuyen al desarrollo de la empatía en universitarios del Grado de Enfermería. Se grabará la muestra de alumnos del grupo intervención, en total 20 parejas, durante todas las sesiones, obteniendo un total de 12 horas de grabación por pareja, 240 horas de grabaciones totales de 40 alumnos.

El análisis de la interacción se realizará de las sesiones 1, 2 y 5 y 6, no siendo analizadas las sesiones 3 y 4 ya que corresponden a los ejercicios de role-play que por su naturaleza no siguen la secuencia total del reloj de actividades en la aproximación conceptual. Las sesiones 3 y 4 no precisan de una preparación previa en relación al concepto de empatía, sino que la preparación se enfoca al entendimiento de la patología que se va a simular y a cómo se debe trabajar la empatía con pacientes que padecen ciertas patologías. El total de horas analizadas es de 160 horas de 240 totales grabadas.

B) Hojas del trabajo de los alumnos

En cada sesión registrada los alumnos realizan actividades que servirán para contrastar con las filmaciones del programa.

C) Material didáctico: carpetas de aprendizaje con dossier para el alumno A y para el alumno B

Los alumnos disponen de una carpeta de aprendizaje dentro de la cual se encuentra un dossier creado para el alumno A y otro específico para el alumno B, además de material bibliográfico fotocopiado. El dossier del alumno A está diseñado para que este alumno tenga rol tutor en la primera sesión de cada día que se realiza *Empatiza- mi-me con mimo*. Ambos dossieres se estructuran de la misma forma:

1. Documentación teórica: este apartado indica las fuentes de documentación que deben leer los alumnos previamente a la sesión. Siempre hay un apartado de ampliación, donde se presenta más documentación bibliográfica que el alumno puede consultar si desea ampliar sus conocimientos.
2. Funciones como tutor y recomendaciones previas: en este apartado se indica qué funciones debe hacer el tutor en la sesión y recomendaciones sobre cómo tutorizar al tutorado.
3. Objetivos que deberá conseguir el tutorado con tu ayuda: se plantean los objetivos del tutorado para que el tutor tenga una guía de lo que se pretende alcanzar en cada sesión. Así, el tutor conoce que debe enseñarle al tutorado y que puede exigirle al tutorado tras la sesión.
4. Actividades: se especifican las actividades que se llevarán a cabo durante la sesión.
5. Feedback: este apartado en forma de cuadro pretende englobar aquellos aspectos positivos, negativos y propuestas de mejora que la pareja de alumnos identifique y quiera remarcar.
6. Preguntas de reflexión: En cada sesión se dedican 10 minutos a la reflexión de una batería de preguntas que aparecen en cada dossier de aprendizaje del alumnado. Estas preguntas guían la reflexión a la que puede llegar el alumnado

una vez realizada la sesión y muestran el desarrollo y la evolución del grado de empatía de cada alumno durante el trascurso del proyecto y de cada pareja de alumnos. La respuesta del alumno y el posterior análisis y categorización de los datos permite conocer la conciencia que tiene cada alumno sobre su propio desarrollo de empatía y reflexionar sobre la empatía en pareja. La pareja de alumnos realizará un breve redactado sobre las ideas principales que hayan debatido tras reflexionar sobre las preguntas. Así, se dispondrá del soporte videográfico pero también del material escrito para realizar el sistema de categorías.

4.5 Análisis y tratamiento de los datos

4.5.1 Diseño cuasi-experimental

Para poder hacer el análisis de los datos cuantitativos obtenidos a través del auto-cuestionario, y para poder aceptar o rechazar las hipótesis propuestas en función de los objetivos determinados anteriormente, se tratará la información con la prueba T- student para muestras independientes (grupo intervención y grupo de comparación), utilizando el software SPSS versión 17.0.

4.5.2 Análisis del proceso: análisis de la interacción

Para poder responder a las tres primeras preguntas de investigación planteadas se precisa del análisis del proceso, mediante el análisis de la interacción de las parejas que será un factor clave para explicar los cambios que puedan aparecer en el diseño cuasi-experimental. Para ello, se elaborará un sistema de categorías, inspiradas en los trabajos recogidos en el marco teórico, pero de carácter situado o adhoc, que serán validados con un sistema inter-jueces. Siguiendo el procedimiento habitual, tras elaborar el sistema de categorías, se explicarán a dos observadores externos, expertos en análisis de la interacción en situaciones de aprendizaje entre iguales, quienes analizarán de forma individual, junto a la investigadora, un 25% de la muestra total de registros audiovisuales, para calcular la fiabilidad del sistema de categorías, considerando como fiable una coincidencia del más de 70% de las respuestas entre todos los inter-jueces.

4.6 Procedimiento de la investigación

4.6.1 Fase inicial

Una vez diseñada la intervención (Objetivo 1 de la investigación), el despliegue del Objetivo 2, se inicia en la primera sesión del grupo intervención y comparación, en la cual se aborda la preparación previa de documentos y materiales, incluyendo la primera sesión de formación previa para el grupo intervención, así como la primera recogida de datos inicial del programa. Esta primera sesión, llamada sesión 0 (Formación inicial), sigue la siguiente estructura:

- Semana 1. Sesión 0 (Formación Inicial):

- Breve presentación del proyecto y explicación de las bases teóricas de la tutoría entre iguales.

- Firma de consentimiento informado.

- Completar encuesta sociodemográfica.

- Realización de pre-test, auto-cuestionario de empatía de Jefferson (JSPE) en versión española para estudiantes de enfermería.

- Presentación del proyecto *Empatiza-mi-me con mimo*, estructura y funcionamiento.

- Emparejamiento de alumnos siguiendo las pautas ya explicadas anteriormente.

Por otro lado, los alumnos que realizan prácticas en el Hospital Clínic e ICO, referente como grupo de comparación, participarán en el mismo programa de desarrollo de la empatía, pero que no será realizado utilizando la tutoría entre iguales.

En esta primera fase, los alumnos pertenecientes al grupo comparación firmarán la hoja de consentimiento informado, así como los datos de confidencialidad, rellenarán el auto-cuestionario de la Escala de Jefferson versión español para estudiantes y un cuestionario socio-demográfico. Además, se les explicará qué están haciendo sus compañeros de intervención y qué actividades van a trabajar en un formato de tutoría entre iguales. Los alumnos del grupo comparación recibirán los mismos contenidos del programa *Empatiza-mi-me-con mimo*, pero los trabajarán de forma individual o en gran grupo. La

investigadora enviará un email a cada uno de ellos con material bibliográfico, pero no realizarán la intervención con tutoría entre iguales.

4.6.2 Fase intermedia

Esta fase se desarrollará durante las actividades en pareja que se inician a partir de la segunda semana.

Una vez se disponen de los datos iniciales y creadas las parejas de alumnos, se iniciará la segunda fase de la investigación con la puesta en práctica de las actividades creadas para el desarrollo de la empatía mediante la tutoría entre iguales. Durante esta fase se realizará la recogida de datos a través de un protocolo documental de observación para el análisis de la interacción de las parejas de aprendizaje que se basa en: registro audiovisual de las parejas pertenecientes al grupo intervención (Moisés Broggi), y material didáctico. A continuación se especifican las actividades que se llevarán a cabo y mediante las cuales se responderán las preguntas de investigación.

- Semana 2

- Sesión 1: Realización de la actividad “Juego de cartas” y “Conecta conmigo” durante la primera hora de sesión.

- Sesión 2: Realización de la actividad de análisis de fragmentos de la película “Amar la vida” durante la segunda hora de la sesión.

- Semana 3

- Sesión 3 y 4: Realización de la actividad de juego de roles durante la primera y segunda hora, intercambiado roles entre alumno A y B.

- Semana 4

- Sesión 5: Realización de actividad de análisis y reflexión del juego de roles de diferentes parejas de alumnos durante la primera hora.

- Sesión 6: Relato sobre experiencia vivida y redactado de la misma desde el punto de vista del compañero durante la segunda hora.

Por otro lado, durante esta fase, los alumnos pertenecientes al grupo comparación realizarán una sesión grupal donde un par de alumnos realizarán un juego de rol delante del grupo clase, y de forma conjunta se debatirá y se analizará la interacción entre el simulado/a paciente y el simulado/a profesional de enfermería. Se analizará la conducta empática y la no empática y se darán unas pautas para reconducir una relación terapéutica basada en la empatía.

4.6.3 Fase final

En esta fase final se llevará a cabo la última sesión, llamada sesión final, donde se pasará de nuevo el auto-cuestionario de empatía de Jefferson en su versión española para estudiantes de enfermería a los alumnos de la muestra en condición de post-test. También se recogerá un cuestionario de aceptabilidad y evaluación del proyecto *Empatiza-mi-me con mimo*, analizando cada una de las partes que componen las sesiones (parte de activación de conocimientos previos, parte explicativa, desarrollo de la actividad, feedback entre parejas de alumnos y reflexión y cierre de la sesión) de todos los alumnos participantes en el estudio como grupo intervención.

V. RESULTADOS

V. RESULTADOS

5.1 Resultado 1: Diseño de una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en estudiantes de Enfermería

5.2 Resultados sobre la potencialidad del proyecto de intervención

5.2.1 Resultados del estudio cuasi-experimental

5.2.1.1 Resultados generales del grupo comparación

5.2.1.2 Resultados generales del grupo intervención

5.2.2 Resultados del análisis del proceso

5.2.2.1 Presentación de las dimensiones y factores para el análisis del grado de empatía

5.2.2.2 Resultados del análisis de la interacción

5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en la investigación, de acuerdo con los objetivos planteados en el diseño secuencial explicativo. Los resultados se presentan en referencia, en primer lugar, al diseño de una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en estudiantes de enfermería, y en segundo lugar revisaremos los resultados obtenidos para explorar la potencialidad de la propuesta de intervención, basada en la tutoría entre iguales, como para el desarrollo de la empatía en los estudiantes universitarios del Grado de Enfermería.

5.1 Resultado 1: Diseño de una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía en estudiantes de Enfermería

A continuación, se expone el proyecto de intervención producto del primer objetivo propuesto, que es el diseño de una intervención basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía, al que se ha llamado *Empatiza-mi-me-con mimo*. Antes de describirlo, se justifican las decisiones tomadas.

A) Bases conceptuales

Empatiza-mi-me-con mimo se ha desarrollado a partir de dos bases conceptuales, revisadas profundamente en el marco teórico de este trabajo. Por un lado, la necesidad de desarrollar la empatía, en el marco de la formación inicial del profesional de enfermería (Reynolds y Scott, 1999; Stepien y Baernstein, 2006; Yu y Kirk, 2008, Williams y Stickley, 2010; McKenna *et al*, 2012); y por otro lado las posibilidades de desarrollar dicha habilidad social a partir del aprendizaje ente alumnos, y más concretamente a través de la tutoría entre iguales (Iwasiw y Goldenberg, 1993; Suikkala y Leino-Kilpi, 2001; Goldsmith, Stewart y Ferguson, 2006; Parkin, 2006; Luke y Chow, 2007; Secomb, 2008; Mc Kenna y French, 2010; Lim, Moriarty y Huthwaite, 2011; Stone, Cooper y Cant, 2013).

A modo de síntesis, en *Empatiza-mi-me-con mimo* se entiende la empatía como un atributo predominantemente cognitivo que involucra un entendimiento de las experiencias, inquietudes y perspectivas del paciente, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento (Hojat, 2007). Esto significa que un profesional sanitario que tenga y desarrolle empatía con el paciente debe tener y desarrollar habilidades de ayuda intelectuales, es decir, comprender el ser interior del paciente utilizando la

comunicación verbal y no verbal, pero sin perder el propio punto de vista profesional, habiendo un entendimiento entre ambos (Reynolds, 1999 y Hojat, 2012). Por otro lado, la empatía implica tener y desarrollar habilidades para compartir un sentimiento con el paciente durante un periodo de tiempo, sin dejar de ser profesionales sanitarios, pero entendiendo la situación del paciente, y sin que esta relación entre paciente-profesional interfiera en el buen hacer y el buen juicio del profesional a la hora de establecer unos cuidados.

La tutoría entre iguales se entiende como una modalidad de aprendizaje entre iguales basada en la creación de parejas de alumnos, con una relación asimétrica (el rol tutor y tutorado dependen del nivel de competencia sobre la materia) y con un objetivo en común, conocido y compartido (la enseñanza y el aprendizaje de contenidos curriculares) que se consigue a través de un marco de relación exteriormente planificado por el docente (Duran y Vidal, 2004). En base a la alternancia o no del rol, existen dos tipos de tutoría, la fija y la recíproca, siendo esta última la opción escogida para llevar a cabo el presente proyecto.

Los resultados de los estudios de tutoría entre iguales en el ámbito de enfermería han objetivado efectos de mejora, tanto a nivel de desarrollo de habilidades comunicativas, como de desarrollo emocional y conductual y cognitivo. En primer lugar, los estudios destacaron mejoras en las habilidades comunicativas y sociales, ya que trabajando entre iguales las interacciones entre la pareja de alumnos son muy elevadas, y comparado con la enseñanza tradicional esta interacción precisamente hace que el alumnado adquiera mayores habilidades en relacionarse, en comunicarse, así como también mejoras en el grado de autoestima, sentido de la amistad y crecimiento personal (Loke y Chow, 2007). Trabajando con un igual se aprende a respetar al compañero y a establecer relaciones de ayuda, aprendizaje extrapolable a cuando un profesional de enfermería establece una relación terapéutica con cada uno de los pacientes a los que cuida. Además, desde una perspectiva conductual y emocional, la interacción constante con un igual permite al alumnado disminuir la ansiedad durante el proceso de aprendizaje, debido a la proximidad de la persona con quien se comparte el conocimiento (Roberts, 2008; Stone, Cooper y Cant, 2013). Esta autonomía ejerce en el alumnado un efecto positivo de sentirse capaz de hacer y planificar tareas y de sentirse responsable de su aprendizaje, actuando como agente principal y activo en el proceso de aprendizaje. Por último, se evidencian mejoras a nivel cognitivo, ya que el aprendizaje es mucho más profundo y

lleno de significado para el alumnado, es decir, encuentran sentido y le dan valor a aquello que aprenden (Secomb, 2008; Christiane y Bell, 2010; McLelland, McKenna y French, 2013).

En cuanto a las prácticas para el desarrollo de la empatía en enfermería, si bien no están documentadas actuaciones que utilicen la tutoría de entre iguales, de ahí la razón de la presente propuesta, sí existen otras que utilizan aprendizaje experiencial (como simulaciones o con pacientes reales), técnicas de abordaje teórico apoyado con el experiencial (como resolución de problemas, estudio de casos clínicos, juegos de rol), intervenciones creativas (como escritura de procesos o vivencias de enfermedad, lecturas de casos, literatura, poesía o programas de visualización de arte) o grabación audiovisual (como ver una película, visualización de casos reales, visualización de actividades llevadas a cabo en el aula) entre otras (Wikström, 2001; Roter, Larson, Shinitzky, Chernoff y Serwint, 2004; Silverman, Kurtz y Draper, 2005; Chiu-Ming, Kolomito y Alamparambil, 2011; Bombeke, 2011; Batt-Rawden, 2013).

Situados en prácticas para el desarrollo de la empatía en Enfermería, si bien LaMonica, Carew, Winder, Bernazza-Haase y Blanchard (1976) evidenciaron que los resultados de los estudios de corta duración (11 horas) mostraron mejoras estadísticamente significativas, mientras que los más largos mostraban sólo tendencias de mejora, una revisión bibliográfica más reciente (Brunero, Lamont y Coates, 2010) identifica que las prácticas analizadas oscilan entre 6 horas y 105 horas, donde el tiempo dedicado al entrenamiento para la mejora y desarrollo de la empatía con resultados estadísticamente significativos oscila entre 14-16 horas (como el programa de LaMonica, 1987, que emplea un entrenamiento de 11 horas durante 7 sesiones), abordando temas como el modelo de ayuda, las respuestas empáticas, teoría de la comunicación, la percepción de los sentimientos a través del mensaje verbal y no verbal, los estilos inefectivos de comunicación y cuidarse a sí mismo.

Otra revisión sistemática sobre estudios que desarrollaban la empatía mediante entrenamiento (Hulsman, Ros, Winnubst y Bensing, 1999) también coincide en señalar una amplia oscilación en la duración del entrenamiento, de 4 a 96 horas, y la duración oscilaba de 2 días a 6 meses. En muchos de los estudios no se especificó donde se llevaba a cabo la intervención, pero la impresión de los autores es que el entrenamiento se desarrolló en las universidades y departamentos de los investigadores de cada estudio.

Nos interesa conocer las horas y el periodo empleado en aquellos estudios que utilizan la simulación y no pacientes reales, ya que la propuesta que se presenta opta simulación, por las sus ventajas respecto a tratar con pacientes reales, como la posibilidad de equivocarse o de mejorar sin dañar ni perjudicar a ningún paciente, reproduciendo la práctica tantas veces como se requiera algo que no se podría llevar a cabo con paciente reales. En este caso también la duración de los programas oscila enormemente, oscilando entre 9 horas durante 2 días y 96 horas en un mes.

Ante esta diversidad se ha optado por diseñar una intervención de 8 horas por diversos motivos. En primer lugar, porque están dentro de las horas que la bibliografía considera suficientes como para que el alumno muestre cambios en su grado de empatía. Y en segundo, porque encaja dentro del total de 16 horas que los alumnos realizan de seminarios de prácticas hospitalarias, dentro de las cuales se sitúa el desarrollo de las habilidades comunicativas y sociales.

Las sesiones de tutoría entre iguales que se proponen trabajan distintos objetivos, a través de un trabajo previo cognitivo y de actividades prácticas que ponen en juego las habilidades sociales que ayudan a desarrollar la empatía. Estas actividades prácticas, que componen *Empatiza-mi-me con mimo*, se han seleccionado a partir de la revisión de intervenciones para el desarrollo de la empatía.

- Visionado de películas. Presenciar situaciones donde el espectador pueda sentirse involucrado e incluso reflejado hace que se sientan las situaciones como propias y haya un entendimiento de los sentimientos que expresa el personaje, ya sea mediante lenguaje verbal y no verbal (Chiu-Ming, Kolomitro y Alamparambil, 2011).

- Juegos de rol. Los juegos de rol han estado ampliamente utilizados en el campo de la enfermería, ya que resultan ser una práctica con muchas ventajas para el alumnado. El juego de rol permite interpretar cualquier tipo de situación clínica en cualquier momento sin necesidad de encontrar a algún paciente que la esté viviendo en ese momento. Además, permite al alumnado comprender mejor la situación de otros pacientes y sus dolencias al tener que ponerse en su lugar para poder interpretarlos. Por otro lado, el juego de rol brinda la oportunidad a todos los alumnos de que puedan ensayar, y de esta manera mejorar sus habilidades, antes de tratar con pacientes reales. Esto supone asistir mejor al paciente, ya que se han trabajado las habilidades previamente, sin necesidad de que el paciente sufra ningún tipo de consecuencias. Y por otra parte, aporta al alumnado

mayor seguridad a la hora de actuar con el paciente. Si los alumnos ensayan situaciones, entienden a los pacientes, pueden entender las vivencias y dolencias de sus pacientes la calidad de sus cuidados que proporcionen al paciente serán mayores y actuarán con más confianza, siendo así más resolutivos y aportando al paciente también mayor seguridad (Reynolds y Scott, 200; Stepien y Baernstein, 2006; Yu, 2008).

- Actividades de escritura. La escritura ha resultado ser una buena metodología de trabajo que permite comprender la situación del otro profundamente, desarrollando de esta manera la empatía (Shapiro, Rucker, Boker y Lie, 2006). Exteriorizar y analizar la situación propia o de otros, hacer el esfuerzo de comprensión y redactado de la vivencia permite al que la escribe entender mejor la situación.

B) Desarrollo del proyecto *Empatiza-mi-me con mimo*

- Temporización del Proyecto

Empatiza-mi-me con mimo consta de 6 sesiones de intervención más una sesión 0 (Formación previa) y una final. Cada sesión tiene una duración de 1 hora y las sesiones de intervención siguen un reloj de actividades predeterminado con la finalidad de ajustar bien el tiempo a las actividades que se deben realizar y ayudar al alumno a crear una rutina de trabajo durante las sesiones, que ayude a que la interacción de la pareja promueva el aprendizaje.

- Gestión del rol recíproco de los alumnos

Como ya se delimita, cada encuentro con el alumnado consta de dos sesiones. Cada clase que se realice con el alumnado se llevarán a cabo dos sesiones. Así, durante la primera hora de las sesiones el alumno A, tendrá rol de Tutor, mientras que el alumno B ejercerá el rol de tutorado. Y en cambio, durante la segunda hora de la sesión, el alumno A ejercerá en rol de tutorado, mientras el alumno B tendrá el rol de Tutor.

- Materiales didácticos

- Dosieres de aprendizaje

En relación a la dinámica de la tutoría entre iguales, cuando se opta por la tutoría recíproca, la formación previa resulta ser una parte crucial para asegurar la distancia suficiente de conocimiento del alumno tutor. Pero, además, sabemos que la empatía tiene

un componente cognitivo, que es el que se quiere abordar en este apartado. Es por ello que el alumno tutor recibirá información previa a la sesión, con el fin de que aprenda para enseñar, que prepare el material y adquiera el conocimiento necesario para desarrollar su rol. Así, cada alumno, A o B, tendrá su propio dossier de aprendizaje con diferentes documentos previos a trabajar, diferentes funciones y diferentes actividades a realizar. Se adjuntan los dossieres en el Anexos 1 y 2. Disponer de información y conocimiento que el compañero no tiene promueve la interdependencia positiva, necesaria para que las parejas cooperen y aprendan ofreciéndose ayuda pedagógica y recibíendola.

El dossier del alumno, ya sea A o B, contiene la misma estructura de contenido y funcionamiento. El dossier presenta la siguiente estructura de forma general:

- Documentación teórica: en este apartado se ofrecen fuentes de documentación para que el alumno tutor lea o visualice previamente a la sesión, con el fin de comprenderlas y poderlas explicar de forma ajustada a su tutorado. Se aconseja que utilice esquemas de representación (dibujos, gráficos o mapas conceptuales entre otros) o cualquier otra herramienta que sintetice el contenido y logre entenderlo bien para que pueda explicarlo con sus propias palabras, con ejemplos ajustados. Es importante que se les recuerde que este trabajo previo es clave para su propio aprendizaje y el de su compañero. Tras esta documentación teórica, que es la lectura obligatoria, también hay un apartado de ampliación, que son más referencias bibliográficas para aquellos alumnos que deseen profundizar sobre el contenido de la sesión que se abordará.
- Funciones como tutor y recomendaciones previas: en este apartado se delimitan las funciones del tutor con el tutorado y se hacen recomendaciones para su desarrollo. Este apartado permite delimitar el rol de tutor y a la vez es una guía de aprendizaje para que el tutor sepa qué objetivos debe alcanzar durante la sesión.
- Objetivos que deberá conseguir el tutorado con tu ayuda: este apartado está dirigido a delimitar qué es lo que el tutorado debe aprender con la ayuda del tutor.
- Actividades: se especifican las actividades que se trabajarán en la sesión.
- Feedback: este apartado está dedicado a que la pareja, durante el tiempo de feedback, realice una reflexión entre aspectos positivos que han conseguido de forma conjunta, aspectos negativos y las propuestas que hacen para mejorar aquello que de forma conjunta no ha salido bien. Este feedback, además, permite

la evaluación continua y ver si la interacción resulta suficientemente favorable para el aprendizaje.

- Preguntas de reflexión: son preguntas que se realizan a la pareja, más concretamente al que en ese momento ejerza rol de tutorado, para analizar si está habiendo aprendizaje y hay conciencia que de ese aprendizaje está surgiendo.
 - Reloj de actividades

Además del dossier de aprendizaje, se utiliza como herramienta didáctica para gestionar el tiempo el reloj de actividades, también empleado para implementar una metodología de trabajo para los alumnos, estructurando en cada tiempo qué actividades se deben realizar (ver gráfico I). Esta herramienta, además de guiar la sesión, permite que los alumnos puedan progresivamente tomar el control y hacer los ajustes oportunos de tiempo en función de sus necesidades de aprendizaje.

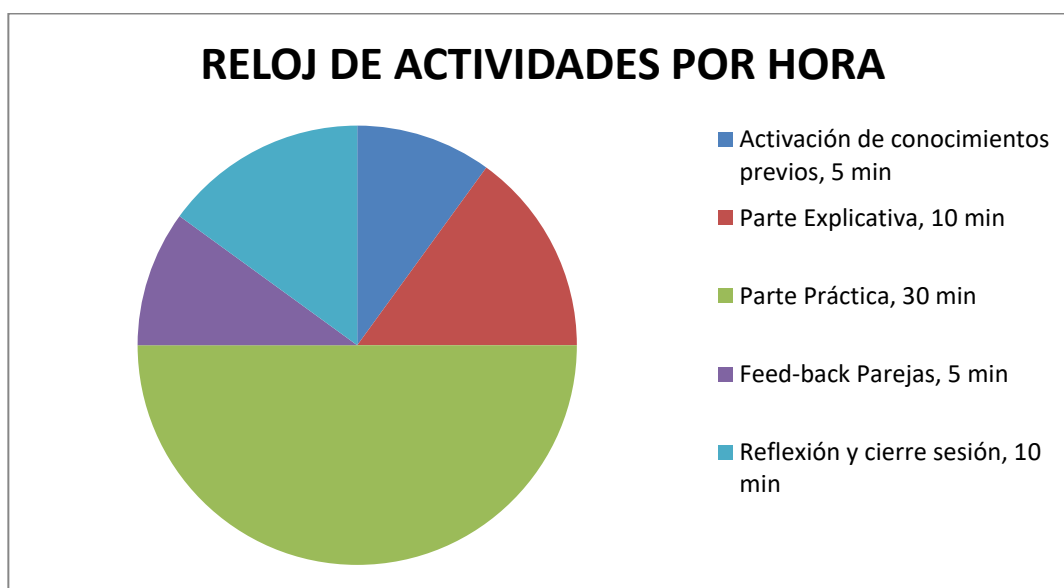


Gráfico 2. Reloj de actividades por sesión (creación propia)

- Evaluación

Para que el docente pueda evaluar a cada uno de los alumnos, sean tutores o tutorados durante la sesión, se han creado dos parrillas evaluativas donde se recogen aspectos que definen la empatía desde las 3 dimensiones que plantea Hojat (2007), que son una vertiente cognitiva, emocional y toma de conciencia de la propia empatía. Se trata de una evaluación sencilla ya que la idea final es evaluar a cada alumno in-situ y eso requiere de parrillas sencillas y fáciles de cumplimentar. Las parrillas se evalúan en una escala del 1

al 5, tipo Likert, siendo 1 nunca lo demuestra y 5 lo demuestra durante toda la sesión. Estas parrillas se encuentran adjuntas en el Anexo 3.

C) Objetivos y contenidos de las sesiones

Sesión 0: Formación inicial

1. Objetivos de la sesión

Esta sesión tiene como objetivos generales:

- Bienvenida. Presentación de *Empatiza-mi-me con mimo*. Presentación de cada uno de los alumnos para que se conozca el grupo clase.
- Conocer las bases teóricas de la tutoría entre Iguales. Entender que tanto tutor como tutorado aprenden cuando interaccionan.
- Conocer las actividades que estructuran las sesiones y valorar el grado de adecuación de las sesiones, según las necesidades del alumnado.
- Familiarizarse y entender la estructura de las sesiones. Conocer la dinámica que se llevará a cabo en cada sesión.
- Familiarizarse y entender cada una de las actividades que se trabajarán en cada una de las sesiones.
- Conocer las herramientas de evaluación entre parejas.
- Realizar parejas de aprendizaje al final de la sesión.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado

✓ Sesión 0 (TOTAL 60 MIN):

- Bienvenida. Presentación del proyecto que se llevará a cabo durante las próximas semanas y normas básicas (puntualidad y compromiso con el proyecto), explicación de forma general, sin explicar cada sesión ni concretar instrumentos que se utilizarán durante el proyecto, pero sí explicitando los objetivos y las posibles ventajas de participar en una intervención para el desarrollo de la empatía. (*Tiempo estimado: 5 min.*)
- Firma de consentimiento informado para la realización del proyecto y grabación del mismo y cuestionario socio-demográfico. (*Tiempo estimado: 5 min.*)
- Primera evaluación, pre-intervención, utilizando el auto-cuestionario de medición de Empatía de Jefferson (JSPE), adaptado a la lengua española y escala de empatía adaptada a los estudiantes de enfermería en versión inglesa. Se instará a los

alumnos a que contesten con la máxima sinceridad posible manteniendo el anonimato. Para ello se codificarán los nombres de los alumnos utilizando las 4 últimas cifras de su DNI y la letra. (10 min.)

- Presentación de cada uno de los alumnos para que se conozcan entre ellos. (Tiempo estimado: 5 min.)

- ¿Qué es la tutoría entre iguales? Concepto, estructuración de las actividades: después de una breve exposición introductoria por parte del profesor. Ventajas para los tutores y para los tutorados: se pide a todos los alumnos que piensen y compartan con el grupo qué les aportará de positivo el rol de tutor y de tutorado y cuáles son las cualidades que un tutor y un tutorado deben tener para que el aprendizaje sea efectivo. (Tiempo estimado: 10 min.)

- Introducción a *Empatiza-mi-me con mimo*. Se explicará de forma concreta el proyecto que realizarán los alumnos, tanto con rol tutor como rol tutorado ya que es una tutoría recíproca, y cuándo los alumnos cambiarán sus roles. Todos los alumnos conocerán qué significa ser tutor y qué significa ser tutorado, cuáles son sus objetivos como tutor o tutorado, su función durante el programa y la manera en que se les evaluará. La propuesta plantea que durante la primera hora de la sesión, el alumno A tenga rol tutor, mientras que el B tiene rol tutorado, y a la hora siguiente, el alumno A ejercerá rol de tutorado y el B rol de tutor. (Tiempo estimado: 10 min.).

- Explicación de las tareas por sesión. (Tiempo estimado: 12-13 min). Importancia de la rutina en la realización de actividades para que todos los alumnos sepan lo que tienen que hacer en todo momento. Transferencia progresiva del control sobre algunas actividades. Se explicará el reloj de actividades dividido en las siguientes franjas:

- Activación de conocimientos previos: conocimientos que han aprendido los alumnos tutorados a través de leer, buscar información, experiencias vividas, creencias. El tutorado expone aquello que cree saber del tema al tutor y el tutor explicita el temario que trabajarán durante la sesión.
- Aproximación conceptual: una vez activados los conocimientos previos del tutorado, el alumno tutor debe explicar o complementar de forma teórica los contenidos de cada sesión, teniendo como soporte un dossier que le dará el docente con información y fuentes bibliográficas, así como exposición de las funciones del tutor y recomendaciones, y los objetivos que debe superar el tutorado durante la sesión. Debe ser entendido y aprendido previamente por el

tutor antes de que realice la sesión. Para ofrecer explicaciones, el tutor puede utilizar esquemas, dibujos... todas aquellas herramientas metodológicas que le ayuden a enseñar al tutorado. De esta manera, el tutor no sólo aprenderá con más profundidad aquello que debe enseñar, sino que también aprenderá a manejar herramientas de aprendizaje, a saber gestionarlas y sacarle provecho, así como evaluar la efectividad y calidad de sus propias actividades.

- Desarrollo de la actividad o parte práctica: se explicará el contenido que se abordará y se utilizará en cada una de las sesiones (ya sean textos, videos, juegos de rol), donde se explicita en cada una de las sesiones qué funciones debe realizar el tutor y cuáles el tutorado.
- Feedback entre tutor-tutorado: la pareja debe seguir interactuando y comentar aspectos positivos y negativos de la experiencia de forma escrita y qué actividades o acciones pueden realizar en la próxima sesión para superar los obstáculos que han tenido, de forma que al final del programa cada pareja de alumnos completará un cuaderno donde podremos observar y analizar la evolución de la pareja de alumnos sobre su propia experiencia vivida en relación con la empatía y con el grado de interacción que han experimentado.
- Reflexión y cierre sesión. Esta parte de la actividad está destinada a que la pareja reflexione y conteste una batería de preguntas utilizadas como herramienta de reflexión, redactadas en el dossier del tutor. Posteriormente, se ofrecen unos minutos últimos a los alumnos para poder preguntar o aclarar dudas (ya sean sobre las actividades, sobre el reloj de actividades o sugerencias de mejora para la próxima sesión).

- Cierre sesión. Se aclaran dudas o cuestiones específicas que surjan. (*Tiempo estimado: 2-3 min*).

Finalizada la sesión 0, se crearán las parejas, a partir de los resultados obtenidos del pre-test, utilizando el auto-cuestionario de medición de la Empatía de Jefferson (JSPE), validada en lengua española para estudiantes y profesionales de enfermería, entre otros profesionales de la salud, donde se mide el grado de empatía que el propio estudiante o profesional cree poseer. Se realizará una lista con los resultados del auto-cuestionario obtenido por cada alumno, de mejor puntuación a peor puntuación, y se pondrán en

pareja el alumno 1 de la lista con el 2 de la lista, el 3 con el 4 y así sucesivamente. Se les comunicará a los alumnos cómo han sido emparejados y con quién en la sesión 2.

Sesión 1:

Tutor: alumno A

Tutorado: alumno B

1. Objetivos de la sesión

- Definir y entender qué es y qué no es la empatía: concepto de empatía y diferencia con simpatía, compasión, cuidado, emoción, afinidad, compadecerse, entendimiento o buena relación.
- Definir y comprender qué es la relación de ayuda terapéutica o modelo de ayuda y qué papel tiene la empatía en este proceso. La empatía es comprensión empática y comunicación empática.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado

La estructura de la sesión y el tiempo dedicado a cada apartado está determinada por el reloj de actividades, que ya se ha presentado anteriormente. Previamente al comienzo de esta primera sesión, los alumnos serán emparejados con su respectiva pareja de aprendizaje y se presentarán. *(5 minutos previos al comienzo de la sesión).*

1. Activación de conocimientos previos (5 min). Conocimientos previos sobre qué cree el alumno tutorado que es la empatía y qué términos se usan como sinónimo de empatía. El alumno tutorado debe intentar definir cada uno de los términos que exponga y señalar la diferencia entre ellos. También se aborda la importancia que tiene el ser empático en un entorno sanitario. Para que esta parte de la sesión sea efectiva, el alumno tutor debe haber leído la lectura previa indicada en el dossier y haber realizado un ejercicio de comprensión sobre lo leído, pudiendo utilizar esquemas, dibujos o cualquier herramienta que le permita explicar mejor al tutorado lo que ha aprendido. Se recalca al tutor que debe ser escueto en sus explicaciones y preciso (capacidad de análisis y síntesis), ya que sólo se dispone de 5 minutos para realizar esta parte de la sesión.

2. Aproximación conceptual (10 min). Durante esta parte de la sesión, el alumno tutor explica lo que ha leído al alumno tutorado, pudiendo utilizar material de soporte, material

subrayado o esquemas contruidos, todos aquellos recursos que puedan hacer que el tutor se explique con fluidez y que el tutorado sea capaz de aprender aquello que el tutor se ha preparado previamente.

3. *Desarrollo de la práctica (30 min)* en esta parte se plantean dos actividades que tutor y tutorado deberán realizar, que son: *juego de cartas y conecta conmigo*.

- *Juego de cartas*: Se recorta y se reparten cartas con las palabras empatía, simpatía, compasión, cuidado, emoción, afinidad, compadecerse y entendimiento o buena relación. Se reparten otras cartas que contienen la definición de cada término y el alumno tutorado debe emparejar el término con su correspondiente definición. De esta forma se ayuda al tutorado a enlazar conocimientos y a clarificar términos utilizando una herramienta de aprendizaje que invita a la reflexión. El alumno tutor aclara las dudas que pueda tener el tutorado y rectifica algunos errores de las definiciones dadas por el tutorado. Anima a que el tutorado vuelva a reformular las definiciones de empatía y de otros términos relacionados con el concepto, pero en ningún caso son sinónimos. Si la reformulación de las definiciones no es correcta, el alumno tutor ofrece pista y pausa para que el tutorado pueda reflexionar de nuevo, y si el tutorado entiende correctamente los términos, el tutor ofrece apoyo y verbalización de lo bien que se ha realizado la definición.

- *Conecta conmigo*. El alumno tutor y tutorado leen los diálogos entre paciente y profesional de enfermería. El objetivo de este juego es que el alumno tutorado sea capaz de exponer y reflexionar sobre si el profesional de enfermería está ofreciendo al paciente una respuesta empática o si por el contrario el profesional está siendo compasivo, simpático, cuidadoso o si está expresando emociones. Se trata de identificar aquellas expresiones verbales que realmente son empáticas y diferenciarlas de aquellas que no lo son. Lo importante en esta actividad es reflexionar sobre aquello que el profesional de enfermería dice al paciente y si el tutorado empieza a conocer si se interactúa con empatía o no.

4. *Reflexión (10 min)*. En primer lugar, el alumno tutorado y tutor contestarán a las preguntas que se plantean en el dossier del tutor que están relacionadas con el contenido trabajado en la sesión y con la empatía. Las respuestas a estas preguntas nos servirán para, por un lado, utilizarlas como actividad para el desarrollo de la empatía, y por otro lado para evaluar si el alumno tutorado comprende qué es la empatía y cómo la pone a la

práctica. Después, el alumno tutor puede ampliar o complementar la respuesta del tutorado, y ofrecer otro punto de vista totalmente diferente justificando su respuesta.

5. *Feedback entre parejas de alumnos y cierre sesión (5 min)*. Ésta es la parte en la cual el alumno tutor, sobretodo, juega un papel muy importante y es la de ofrecer una retroalimentación de la experiencia vivida y de las actividades realizadas. Se trata de reflexionar sobre las mejoras que se pueden realizar sobre aquellos aspectos o actividades de la sesión que hayan costado entenderlos o que han sido más dificultosos de entender. Es una crítica constructiva hacia el aprendizaje, tanto de tutor como de tutorado durante la sesión, o problemas en la interacción entre las parejas que hayan podido surgir. En esta parte de la actividad interesa realizar un listado de aspectos positivos generales de las actividades, aspectos negativos y puntos de mejora. Todo este feedback debe quedar reflejado en el dossier del tutor, para que en la próxima sesión se tengan en cuenta las dificultades y se puedan mejorar, y los aspectos positivos se premien. Posteriormente, se ofrecen unos minutos últimos para aclarar dudas.

Sesión 2:

Tutor: alumno B

Tutorado: alumno A

1. Objetivos de la sesión

- Conocer y dominar las habilidades para construir una relación terapéutica basada en la empatía (Silverman, Kurtz y Draper, 2005).
- Ser capaz de identificar y analizar la comunicación no verbal, tanto del paciente como del profesional sanitario y reconocer la importancia de la comunicación no verbal durante la interacción paciente-profesional de enfermería u otros profesionales sanitarios.
- Dar atención a la necesidad del contacto entre profesional de enfermería y paciente.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado

1. *Activación de conocimientos previos (5 min)*. Conocimientos previos sobre qué habilidades cree el tutorado que hacen falta desarrollar para construir una relación terapéutica empática. ¿Qué importancia tiene la comunicación verbal en este tipo de interacciones?, ¿Es importante la comunicación no verbal? Ejemplificación y

justificación de un caso donde la comunicación no verbal sea la primera fuente de información para el profesional sanitario (ejemplo, paciente con Ramsay de 2, paciente con demencia avanzada, paciente sordomudo, entre otros) con la finalidad de entender al paciente.

2. *Aproximación conceptual (10 min)*. En esta fase, el alumno tutor, con soporte de las lecturas que previamente ha realizado, explica al alumno tutorado las habilidades para la construcción de una buena relación entre profesional y paciente. Para ello, el alumno puede hacer servir los pasos que explican los autores Silverman, Kurtz y Draper (2005), en la página 122. Tras esta explicación, donde recordemos que el alumno tutor puede utilizar los recursos que necesite para poder explicarse, se debe abordar la importancia de la comunicación no verbal, enfatizando en aquellas características básicas que nos pueden indicar si la comunicación no verbal es armoniosa y fluida o no (por ejemplo, dependiendo de la postura del profesional y del paciente, de la proximidad que ambos mantengan, si existe contacto físico, si los movimientos corporales son armoniosos o son exagerados o no hay movimientos, la expresión facial entre otros). En este caso, un buen soporte didáctico y de contenido como guía para el tutor es el cuadro que se presenta en la página 123 del mismo libro. En relación al contacto físico, las páginas recomendadas de Carpena (2015) pueden ser de gran utilidad para ampliar conocimientos al respecto e identificar aquel contacto directo más adecuado al contexto sanitario.

3. *Desarrollo de la práctica o parte práctica (30 min)*. Teniendo en cuenta la parte teórica, la pareja visualizará fragmentos de la película “Amar la vida” (Título original: Wit, Gran Bretaña -EE.UU., 2001. Director: Mike Nichols. Duración: 98 min.). Una película donde se muestra cómo las habilidades comunicativas, y sobre todo la empatía, juegan un papel clave en el cuidado del paciente. La pareja de alumnos rellenarán una parrilla de actividades por cada fragmento que visualicen (se visualizarán dos fragmentos por pareja) con la finalidad de analizar a fondo las habilidades comunicativas para el desarrollo de una relación terapéutica empática, o las que no se desarrollan. Esta parrilla, extraída de Silverman, Kurtz y Draper, (2005), es una herramienta útil para evaluar en un contexto sanitario si el profesional sanitario presenta empatía con el paciente desde tres perspectivas (realizando un uso apropiado de la comunicación no verbal, desarrollando una buena relación o entendimiento e implicando al paciente en sus cuidados). Se aconsejará a los tutores que visualicen previamente los fragmentos de la película para que

después el análisis que se haga de cada fragmento sea más profundo. Los dos fragmentos serán enviados al tutor, vía email, una semana antes de iniciar la sesión.

Antes de visualizar cada fragmento, la pareja de alumnos leerá la parrilla de actividades para asegurarse de su comprensión. Es importante que tengan en consideración esta parrilla mientras visualicen el fragmento, ya que sirve como guía sobre aquellos aspectos importantes en los que el alumnado debe fijarse para analizar la comunicación que existen entre los personajes del fragmento de la película. Las preguntas previas que han respondido anteriormente y la lectura de la parrilla les facilitarán el proceso de reflexión sobre la comunicación verbal y no verbal mientras visualicen los fragmentos.

En los fragmentos de la película aparecen, en diversas ocasiones, más de un profesional sanitario, como por ejemplo la enfermera, el médico investigador o el médico responsable. Es por ello que se les aclara a los alumnos que analicen la conducta y la relación que establecen en el primer fragmento la enfermera y la paciente, y en el segundo fragmento la del médico con la paciente.

4. Feedback entre parejas de alumnos (5 min). Sigue el mismo proceso que en la sesión anterior.

5. Reflexión y cierre sesión (10 min). Sigue el mismo proceso que en la sesión anterior.

Sesión 3 y 4

En ambas sesiones se realizará la misma actividad con la diferencia que durante la primera sesión, el alumno A realizará el rol de tutor y el alumno B el rol de tutorado, y en la segunda sesión el alumno A será tutorado y el alumno B tutor. Los roles se intercambiarán, y por lo tanto en el juego de rol los roles también se intercambiarán. De esta manera, ambos alumnos realizarán el rol de paciente y de profesional de enfermería, lo que posiblemente permita que haya un mayor grado de empatía, ya que ambos deben comprender los papeles tanto de paciente como de profesional de la salud.

1. Objetivos de la sesión

- Llevar a cabo un juego de rol para el desarrollo de la empatía mediante experiencias simuladas.

- Aplicar la teoría sobre la relación de ayuda a escena donde se deba tener habilidades y destrezas comunicativas y sociales, y sobre todo empatía, para llevar a cabo el juego de rol de forma exitosa.
- Desarrollar empatía con los personajes que se están interpretando, realizando el juego de rol lo más real posible, habiéndose leído el juego de roles previamente al inicio de la sesión.
- Evaluar el grado de empatía que presenta el tutorado durante los juegos de roles que se realizarán en las dos sesiones.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado (alumno Tutor: A, alumno tutorado: B)

1. Activación de conocimientos previos (5 min). El alumno tutor explicará al alumno tutorado su papel en el juego de rol sin desvelar algunas de las recomendaciones hechas sólo al tutor, e incidirá en la patología del paciente que interprete, así como en sus antecedentes con la finalidad de que el tutorado conozca con qué tipo de paciente va a tratar. Para que el alumno tutor pueda explicar correctamente las patologías debe conocerlas antes de empezar cada sesión, con lo cual será imprescindible que el tutor se documente de forma autónoma y consultando aquellas fuentes que le parezcan más interesantes y fiables, y explique durante estos 5 minutos al tutorado qué clase de paciente va a interpretar. Para ello, el alumno tutor deberá haberse leído sus personajes en casa antes de iniciar la sesión y puede hacerlo ya que dispondrá de todo el material una semana antes de iniciar la intervención.

2. Aproximación conceptual (10 min). Esta parte de la sesión no se destinará a ofrecer más explicaciones, ni por parte del tutor ni del tutorado, sino que cada alumno tendrá este espacio de tiempo para prepararse su papel. Será en este espacio de tiempo donde el alumno tutor seguirá las indicaciones que tiene en su dossier de aprendizaje, según el juego de rol que interpreten, y el alumno tutorado tendrá este espacio para reflexionar sobre cómo debe actuar y aplicar la teoría al escenario. Será el alumno tutor quien decida qué práctica se interpretará en esta sesión, pudiendo escoger entre tres escenarios. Así el alumno tutor puede utilizar una variedad de vestimentas, objetos que ayuden a ponerse en lugar del paciente (ya especificados en el dossier del alumno A), así como pelucas u otros utensilios.

3. *Desarrollo de la práctica o parte práctica (30 min)*. Alumno tutor y tutorado llevan a término el juego de rol siguiendo las indicaciones que se explicitan en el dossier del alumno A, pero que también guían al tutorado.

4. *Feedback entre parejas de alumnos (5 min)*. Ésta es la parte en la cual el alumno tutor, sobretodo, juega un papel muy importante y es la de ofrecer una retroalimentación de la experiencia vivida y de las actividades realizadas.

5. *Reflexión y cierre sesión (10 min)*. Una vez tutor y tutorado han interpretado el juego de rol, ambos analizan su comportamiento e identifican aspectos de mejora para una relación terapéutica más empática. Se pretende reflexionar, a través de la respuesta a las preguntas planteadas en el dossier, sobre cómo desarrollar más la empatía y evaluar si se podría haber mejorado el encuentro y la relación entre paciente y profesional de enfermería. Posteriormente, se ofrecen unos minutos últimos para aclarar dudas.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado (alumno Tutor: B, alumno tutorado: A)

Se volverá a repetir el mismo proceso que el explicado anteriormente, pero con la diferencia que ahora el alumno que ejercía con rol tutor, alumno A, lo hará ejerciendo el rol de tutorado, y viceversa. Durante la segunda hora, el alumno que antes era tutorado, alumno B, ahora será tutor y escogerá el caso que desea aplicar al juego de rol, entre tres opciones que puede escoger. Para ello, y al igual que en el caso anterior, el alumno con rol tutor, alumno B, deberá haberse leído y entendido previamente al paciente que simulará. Por otro lado, toda la sesión será grabada para disponer de material de investigación para el análisis de la interacción entre alumnos, pero también servirá como herramienta de intervención, ya que en la siguiente sesión las parejas de alumnos analizarán los juegos de rol de otras parejas de alumno. El formato de la sesión sigue idéntica estructura que la anterior y, por lo tanto, no la repetimos.

Sesión 5:

Tutor: alumno A

Tutorado: alumno B

1. Objetivos de la sesión

- Identificar las habilidades para construir una relación terapéutica basada en la empatía que se llevan a cabo durante la interacción en el video de juego de rol de otras parejas.
- Ser capaz de identificar y analizar la comunicación no verbal, tanto del paciente como del profesional sanitario, y reconocer la importancia de la comunicación no verbal durante la interacción paciente-profesional de enfermería.
- Dar ejemplos sobre aquellas habilidades de creación de relación empática que no se han llevado a cabo. Reflexionar y determinar cómo mejorarían la interacción y desarrollarían un mayor grado de empatía teniendo como referencia el video del juego de rol de otros compañeros.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado

1. Activación de conocimientos previos (5 min). La pareja de alumnos retoma aspectos de mejora que identificaron en el juego de rol que realizaron en la sesión anterior y recuerdan qué actividades debían llevar a cabo para mejorar su grado de empatía.

2. Aproximación conceptual (10 min). El alumno tutor retoma las parrillas donde se concretan las habilidades necesarias para la construcción de una relación terapéutica empática (Silverman, Kurtz y Draper, 2005) y en base a esas premisas, entre otras trabajadas durante las sesiones, deberán analizar los videos de juego de rol de otras parejas grabados en la sesión anterior. Durante estos 10 minutos, el tutor relee la parrilla utilizada en las anteriores sesiones y apuntan otros elementos importantes que quizás no estén incluidos en la parrilla pero que, debido al aprendizaje durante las sesiones, consideran importantes en la comunicación y en la relación empática entre profesional de enfermería y paciente.

3. Desarrollo de la práctica o parte práctica (30 min). La pareja de alumnos dedicará 30 minutos a visualizar dos juego de roles interpretados por sus compañeros y mientras lo visualizan deben cuestionar, analizar y reflexionar sobre la interacción que se establece y sobre la relación empática entre paciente simulado y profesional de enfermería simulado. Podrán parar los videos tantas veces como lo necesiten. La finalidad es debatir y reflexionar sobre aquellas habilidades que son correctas, incorrectas y sobre la práctica que han realizado ellos, en comparación con las que están viendo de los compañeros. Se trata de realizar una crítica y auto-crítica constructiva.

4. *Feedback entre parejas de alumnos (5 min)*. Se sigue misma dinámica que en sesiones anteriores.

5. *Reflexión y cierre sesión (10 min)*. Se sigue misma dinámica que en sesiones anteriores.

Sesión 6:

Tutor: alumno B

Tutorado: alumno A

1. Objetivos de la sesión

- Practicar la auto-exploración del propio alumno y de su mundo interior.
- Demostrar empatía con la pareja de aprendizaje durante la explicación de su vivencia, identificando sus sentimientos y asegurando que los han comprendido.
- Explorar aquello que afecta a cada alumno y maneras de afrontamiento para reducir el impacto emocional.
- Aprender a escuchar con empatía y responder empáticamente.

2. Estructura, actividades y tiempo estimado

1. *Activación de conocimientos previos (5 min)*. ¿Qué se entiende como auto-exploración de los sentimientos?, ¿Qué relación tiene el conocernos a nosotros mismos con la relación de ayuda empática que establecemos con los pacientes? La importancia de cuidarse uno mismo para poder cuidar a los demás. En este caso, cada miembro de la pareja expresará su yo interior, habiéndose preparado previamente su redactado y pudiendo aportar a la explicación alguna foto, dibujo u objeto que resulte de especial relevancia para expresar mejor sus sentimientos sobre esa vivencia. Además, el alumno tutor sí dispondrá de documentación a cerca de la importancia de auto-explorarse para poder ser empático.

2. *Aproximación conceptual (10 min)*. El alumno tutor explicará al tutorado el artículo que ha leído en relación a la auto-exploración de sentimientos y a cómo la narración potencia la capacidad empática entre otras metodologías, qué metodologías creen los alumnos tutorados que son más beneficiosas para mejorar la empatía en el contexto sanitario y en el contexto académico. La documentación que se le ofrecerá al alumno

tutor será previamente trabajada por éste, siguiendo la misma dinámica de las sesiones anteriores.

3. Desarrollo de la práctica (30 min). El alumno tutor relata algo que le ha ocurrido que le haya afectado, alguna experiencia propia que le haya resultado difícil o de algún familiar o amigo, impactante o que simplemente quiera compartir. El tutorado prestará atención a la narración de su compañero tutor, y mientras él explica, el tutorado recoge datos sobre la experiencia vivida por el tutor. Cuando el tutor acabe, el tutorado deberá poner en práctica la construcción de una relación empática, realizando frases empáticas y verificando aquello que cree haber entendido que le decía o transmitía el tutor con la finalidad de entender concretamente el mundo interior del tutor.

Cuando el alumno tutor acabe de relatar su vivencia, el alumno tutorado reescribirá la historia o vivencia del tutor como si fuera el tutorado quien la ha vivido. La escritura puede mostrar el grado de empatía que presenta el alumno tutorado. Una vez el alumno tutorado finalice su redactado, comparará lo que ha escrito acerca de cómo se sentiría si hubiera pasado por la misma situación de su compañero tutor, con la vivencia explicada. Es decir, se comparará el redactado del tutorado con la vivencia del tutor.

De esta forma se corrobora que el tutorado entiende y comprende al tutor, pero quizás el tutorado, junto con la auto-exploración que se realice a sí mismo le lleven a sentirse y actuar de una manera diferente, o no.

4. Feedback entre parejas de alumnos (5 min). Ésta es la parte en la cual los alumnos se ofrecen una retroalimentación de la experiencia vivida y de las actividades realizadas.

5. Reflexión y cierre sesión (10 min). Una vez tutor y tutorado han compartido sus vivencias y se han auto-explorado durante la narración, en el dossier se plantean preguntas para la reflexión que tanto tutor como tutorado responderán de forma individual, y posteriormente responderán de forma conjunta. Este ejercicio permite conocerse a sí mismo, pero también desarrollar una actitud empática con la persona que trabaja contigo y es tu compañero de aula. Se pretende reflexionar sobre cómo desarrollar la empatía, si se ha entendido la información recibida y cómo se ha interpretado la comunicación verbal y no verbal. Además, será interesante conocer si el emisor o el que relata la historia percibe qué grado de empatía ha presentado el receptor durante el proceso. Posteriormente, se ofrecen unos minutos últimos para aclarar dudas.

Sesión Final:

Durante esta sesión final los alumnos rellenarán un cuestionario de evaluación sobre el Proyecto Empatiza-mi-me con mimo y valorar su opinión al respecto de la experiencia con la tutoría entre iguales. Además, los alumnos deberán realizar de nuevo el auto-cuestionario de medición de Empatía de Jefferson versión S (JSPE- S) como forma de post-test para evaluar la opinión que tiene el alumnado sobre su propia evolución de su grado de empatía.

5.2 Resultados sobre la potencialidad de la propuesta de intervención

Este segundo apartado de resultados está orientado a responder al segundo objetivo que se proponía en el proyecto, que es conocer la potencialidad de la propuesta de intervención, basada en la tutoría entre iguales, como para el desarrollo de la empatía en los estudiantes universitarios del Grado de Enfermería. Estos resultados se recogen mediante la utilización de diferentes técnicas de recogida de datos, tal y como se ha explicado anteriormente, es por ello que se presenta este apartado en dos secciones. En la primera de ellas se presentarán los resultados obtenidos del estudio cuasi-experimental donde se identificarán los posibles cambios producidos, y en segundo lugar se presentarán los resultados obtenidos mediante el análisis del proceso, el cual será útil para explicar los posibles cambios detectados en el estudio cuasi-experimental.

5.2.1 Resultados del estudio cuasi-experimental

Se presentan a continuación los resultados obtenidos a partir de la prueba pre-test y post-test administrada a los alumnos del grupo intervención y a los alumnos del grupo comparación, con la finalidad de contrastar la hipótesis contemplada respecto a la mejora en el grado de empatía que presenta el alumnado.

Para ello, se analizará si existen diferencias estadísticamente significativas en las medias alcanzadas por ambos grupos, en relación a la puntuación pre y post-test, considerando relevantes el análisis del resultado general al test, así como de las tres dimensiones de la escala por separado. Para comprobarlo, habiendo considerando los dos grupos de alumnos como muestras independientes, se utiliza la prueba *t- student*.

Los resultados se presentan a continuación, empezando por el grupo comparación, en base al resultado general, por dimensiones y a su vez en base a la variable del turno mañana y tarde. Finalmente, se presentarán los resultados del grupo intervención, siguiendo el mismo orden.

5.2.1.2 Resultados generales del grupo comparación

A continuación, en la tabla 8, se presentan los resultados obtenidos del grupo comparación pre-test y pos-test totales, los cuales se analizarán de forma detallada.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	t	P
GC	36	119,13	10,81	116,08	11,09	2,82	.008

Tabla 8. Resultados pre-test y post-test totales del Grupo Comparación

Como se puede observar, el grupo comparación parte de una media pre-test (119,13) más alta que la media del post-test (116,08), lo cual podría indicar que el grado de empatía en estos alumnos no sólo no ha aumentado, sino que ha disminuido en el transcurso de la práctica y parece que esta disminución es estadísticamente significativa, $p < 0.05$.

Posteriormente, se presentan en la tabla 9 los resultados obtenidos de cada una de las dimensiones de la escala del grupo comparación de forma general y su posterior interpretación de cada uno de los resultados

DIMENSIONES DE LA ESCALA	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	t	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	36	60,88	6,02	60,69	6,38	0,27	.785
2. CUIDADOS COMPASIVOS	36	43,61	4,79	41,27	4,82	3,41	.002
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	36	14,63	2,54	14,11	2,56	1,03	.306

Tabla 9. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación

En todas las dimensiones analizadas por separado se presenta una disminución de la puntuación post-test respecto a la puntuación pre-test, aunque sólo la dimensión “Cuidados Compasivos” ($p=0.002$) presenta una diferencia estadísticamente significativa.

Una posible interpretación del descenso en la puntuación en el grupo comparación podría ser la deseabilidad social, valorándose muy positivamente en el pre-test, al saber que iban

a ser sujetos estudiados, a pesar de que se les remarcó que era un estudio voluntario y que estas puntuaciones no afectarían de ninguna manera a sus notas académicas. Otra posible causa podría ser que antes de iniciar las sesiones que recibieron, con metodología no cooperativa, tuvieran un concepto poco definido de lo que realmente es la empatía y tuvieran una idealización de su yo como persona empática. Tras haber recibido sesiones sobre la empatía, aunque sin tutoría entre iguales, los alumnos pueden haber adquirido una visión más clara de lo que significa la empatía, la relación terapéutica empática y se juzgaran entonces de forma más exigente o más precisa, reconociendo no haber adquirido competencias suficientes. Es decir, quizás este aprendizaje sobre el desarrollo de la empatía sea la explicación por la cual los alumnos han respondido de forma más precisa a las preguntas del auto-cuestionario, puntuándose con más exigencia y siendo más realistas.

- Resultados del grupo comparación turno de mañana

Teniendo en consideración la variable del turno, en este caso el turno de mañana, los resultados obtenidos en el grupo comparación se presentan en la tabla 10.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
GC Mañana	21	123,47	5,4	119,33	5,56	.003

Tabla 10. Resultados pre-test y post-test totales del grupo comparación turno mañana

Se puede observar que, al igual que ocurre con los resultados generales anteriormente comentados, el grupo de mañana del grupo comparación también presenta resultados estadísticamente significativos en referencia a la disminución de la empatía, siendo $p = 0.003$, por lo tanto, $p < 0.05$.

Los resultados presentados en la tabla 11 demuestran un patrón de conducta de resultados igual al que se presentaba en los resultados totales, de forma que sólo se hayan diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de “Cuidados Compasivos”, siendo $p = 0.003$, por lo tanto, $p < 0.05$. En las otras dos dimensiones restantes no se observan cambios significativos.

DIMENSIONES DE LA ESCALA	TURNO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	Mañana	21	62,71	3,82	62,28	3,75	.628
2. CUIDADOS COMPASIVOS	Mañana	21	45,42	2,52	42,57	3,62	.003
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	Mañana	21	15,33	2,03	14,47	2,18	.196

Tabla 11. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación del turno mañana

Veamos, a continuación, qué ocurre con el turno de tarde analizando los datos de la misma manera que los anteriormente comentados.

- Resultados del grupo comparación turno de tarde

Valorando el grupo comparación en el turno de tarde y realizando de nuevo el análisis de los resultados obtenidos y disponibles en la tabla 12 se destaca, en este caso, que aunque la media post-test (111,53) es inferior a la media pre-test (113,06), esta diferencia no es estadísticamente significativa, siendo $p > 0.05$.

Esto significa que aunque haya habido un decrecimiento en el desarrollo de la empatía de este grupo de estudiantes, este decrecimiento no resulta relevante, hecho que contrasta con el patrón anterior que ha presentado el turno de mañana.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
GC Tarde	15	113,06	13,52	111,53	15,01	.489

Tabla 12. Resultados pre-test y post-test totales del grupo comparación turno tarde

Si se analiza con detenimiento cada una de las dimensiones del turno tarde, se puede observar en la tabla 13, como no se haya diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres dimensiones.

La dimensión de “Cuidados compasivos” sigue un patrón diferente al del turno de la mañana, ya que pese a que la media decrece en el post-test, no hay diferencias estadísticamente significativas, siendo $p > 0.05$.

DIMENSIONES DE LA ESCALA	TURNO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	Tarde	15	58,33	7,60	58,46	8,51	.753
2. CUIDADOS COMPASIVOS	Tarde	15	41,06	6,04	39,46	5,78	.138
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	Tarde	15	13,66	2,91	13,60	3,01	.842

Tabla 13. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo comparación del turno tarde

El motivo por el cual puede estar justificado este cambio sea porque el alumno realiza sus prácticas en un entorno donde las personas a las que atiende precisan de mucha ayuda, tanto física como psicológica, y el alumno trabaja con profesionales que están implicados, en mayor o menor grado, en el cuidado de una persona en estado de vulnerabilidad. Esto, probablemente desencadene que el alumno manifieste unos sentimientos y una comprensión de los sentimientos de los pacientes a los que atiende, ya que se encuentra en un entorno que facilita el desarrollo de esa implicación más emotiva con el paciente, no es un entorno estéril. Por ello, los resultados no son estadísticamente significativos, porque puede que el medio donde el alumno hace prácticas le influya y hace que ese empeoramiento del grado de empatía no sea significativo en ese aspecto.

Acto seguido, se pasa a explicar los resultados obtenidos en el Grupo Intervención teniendo en consideración la variable del turno mañana o tarde.

5.2.1.2. Resultados generales del grupo intervención

La tabla 14 muestra los resultados obtenidos de grupo intervención para poder contrastar la hipótesis ya planteada respecto al desarrollo de la empatía de los estudiantes pertenecientes a este grupo.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	t	P
GI	40	112,8	11,33	118,57	10,59	-3,03	.004

Tabla 14. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención

Como se puede observar, el grupo intervención parte de una media inicial más baja que la final, lo que podría significar que hay una mejora en el grado de empatía. Además, esta mejora llega a ser significativa, $p < 0.05$.

Estos resultados demuestran que la intervención realizada para el desarrollo de la empatía parece tener un impacto positivo en el desarrollo reportado por los estudiantes.

Analizando más profundamente cada una de las dimensiones que engloba la escala, se puede observar en la tabla 15 los resultados obtenidos.

DIMENSIONES DE LA ESCALA	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	t	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	40	57,72	6,84	62,3	5,35	-3,99	.000
2. CUIDADOS COMPASIVOS	40	40,82	4,59	41,97	4,95	-1,22	.227
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	40	14,25	2,57	14,3	3,09	-0,96	.924

Tabla 15. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención

Analizando los resultados por dimensiones, se puede observar que sólo la dimensión de “Toma de Perspectiva” es significativa.

- Resultados del grupo intervención turno de mañana

Teniendo en consideración la variable del turno, en este caso el turno de mañana, los resultados obtenidos del grupo intervención se presentan en la tabla 16.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
GI Mañana	20	113,5	10,87	120,4	11,08	.035

Tabla 16. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención turno mañana

Como se observa, el grupo intervención, turno de mañana obtiene una mejora estadísticamente significativa $p < 0.05$, lo que indica que la intervención ha podido influir de manera positiva en los resultados post-test. Para dar respuesta a los motivos por los cuales se han producido estos cambios se dispone de la metodología cualitativa que se explicará en el apartado siguiente.

De nuevo, resulta relevante analizar las dimensiones de forma separada para observar la conducta de los resultados pre-test y post-test, mostrados en la tabla 17.

DIMENSIONES DE LA ESCALA	TURNO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	Mañana	20	57,8	6,47	63,4	5,44	.004
2. CUIDADOS COMPASIVOS	Mañana	20	41,7	4,86	42,7	4,76	.480
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	Mañana	20	14	2,22	14,3	3,16	.736

Tabla 17. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención turno mañana

Se destaca, al igual que ha ocurrido con los resultados globales, que existe una diferencia estadísticamente significativa en la “Toma de Perspectiva” con una $p < 0.05$, mientras que las dos dimensiones siguientes no presentan cambios estadísticamente significativos, pese a que todas las dimensiones tienen unas puntuaciones más altas en el post-test que en el pre-test.

- Resultados del grupo intervención turno de tarde

Analizando el turno de tarde, los resultados obtenidos del grupo intervención se presentan en la tabla 18.

GRUPO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
GI Tarde	20	112,1	12	116,75	10,03	.073

Tabla 18. Resultados pre-test y post-test totales del grupo intervención turno tarde

En este caso, los resultados varían de los presentados por la mañana, ya que, aunque la media post-test (116,75) es más elevada que la media pre-test (112,1), los resultados no son estadísticamente significativos, $p > 0.05$.

Observando los resultados de la tarde por dimensiones, tal y como muestra la tabla 19, de nuevo, la dimensión de “Toma de perspectiva” presenta valores estadísticamente significativos, $p < 0.05$, a diferencia de las otras dos dimensiones que no presentan cambios significativos.

DIMENSIONES DE LA ESCALA	TURNO	N	M pre-test	SD	M post-test	SD	P
1. TOMA DE PERSPECTIVA	Tarde	20	57,65	7,36	61,2	5,17	.038
2. CUIDADOS COMPASIVOS	Tarde	20	39,95	4,23	41,25	5,14	.212
3. PONERSE EN EL LUGAR DEL PACIENTE	Tarde	20	14,5	2,92	14,3	3,11	.687

Tabla 19. Resultados pre-test y post-test de las dimensiones de la JSPE-S del grupo intervención turno tarde

Una vez analizados los resultados del grupo intervención, se puede concluir que, en términos generales, los estudiantes que han participado de la intervención mejoran su puntuación en empatía, debido a la mejora en la dimensión de “Toma de perspectiva”. Se espera encontrar explicaciones de estos resultados a través de las preguntas correspondientes al análisis de proceso, que se presentan a continuación.

En definitiva, cabe señalar que se puede aceptar en principio la hipótesis, puesto que el grupo de comparación no ha mejorado la puntuación en empatía, mientras que el grupo de intervención lo hace de forma significativa, debido a la mejora notable en la dimensión de “Toma de perspectiva”.

5.2.2 Resultados del análisis del proceso

Una vez obtenidos los resultados del estudio cuasi-experimental es imprescindible realizar el análisis del proceso para poder analizar los mecanismos que permiten explicar con precisión la mejora significativa en el grado de empatía de los estudiantes de enfermería, especialmente la dimensión de “Toma de perspectiva”.

A continuación, se presentan las dimensiones que han permitido realizar el análisis del proceso. La propuesta del conjunto de dimensiones parte de un sistema *ad hoc*, completado por dimensiones emergentes que han ido apareciendo durante la observación de la interacción de las parejas de alumnos.

Tal como se explicó en el apartado de metodología, la validación de las dimensiones, comparable a un sistema de categorías, se ha realizado a través del análisis del 25% de la muestra total de registros audiovisuales que se analizaron, mediante un sistema inter-jueces compuesto por dos expertos en análisis de la interacción en situaciones de aprendizaje entre iguales y la investigadora. La valoración de los jueces se calculó a partir de un coeficiente mayor al 70% de coincidencias entre los tres inter-jueces, con un

resultado de un 80% de coincidencias entre los jueces. Teniendo en consideración estos resultados, se puede considerar que el sistema de dimensiones y factores es fiable para poder ser utilizado en el análisis de la interactividad de las parejas durante las sesiones de *Empatiza-mi-me con mimo*.

Se procede, a continuación, a presentar el sistema de dimensiones y factores para el estudio del análisis del proceso.

5.2.2.1 Presentación de las dimensiones y factores para el análisis del grado de empatía

Las dimensiones y los factores que se han construido para el análisis del grado de empatía se dividen en los tres segmentos que conforman la sesión de tutoría entre iguales que se analiza: la aproximación conceptual, la práctica y la reflexión. A continuación, se explicará cada segmento, las dimensiones y los factores que se incluyen en cada uno de éstos y la explicación correspondiente.

A) Segmento 1: Aproximación conceptual

El primer segmento, denominado “Aproximación conceptual” analiza los primeros 15 minutos correspondientes a la sesión, que son: la activación de conocimientos previos (5 minutos) y la aproximación conceptual (10 minutos).

Esta primera parte analiza la preparación previa de la sesión del alumno con rol tutor y la parte donde explica lo que ha leído y lo que se ha preparado previamente a la sesión.

Seguidamente, se presenta en la tabla 20 las dimensiones y los factores relacionados con el análisis de este segmento.

Este primer segmento está constituido, tal y como se puede observar en la tabla, por 8 dimensiones y 31 factores que se evalúan con respuesta dicotómica (SÍ/NO). La evaluación de los factores es progresiva y acumulativa, es decir, cuanto más alto es el factor donde se evalúa con un SÍ mejor es la preparación del alumno y la explicación que ofrece al tutorado.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	FACTORES
1. PREPARACIÓN PREVIA DE LAS SESIONES	1.1 El tutor no trae los materiales
	1.2 El tutor trae los materiales
	1.3 El tutor trae los materiales subrayados
	1.4 El tutor trae los materiales subrayados y contienen anotaciones en los materiales subrayados
2. USO DE APOYOS DURANTE LA SESIÓN	2.1 El tutor utiliza soportes ya proporcionados como el material de ampliación
	2.2 El tutor ha creado soportes de síntesis (esquemas, gráficos, síntesis en libreta o folio aparte)
	2.3 El tutor ha creado material didáctico (material adicional como fotos, otros documentos o recursos)
3. COMPRENSIÓN CONCEPTUAL POR PARTE DEL TUTOR (Trabajo del contenido)	3.1 Comprensión incorrecta de los conceptos
	3.2 Comprensión correcta de los conceptos pero de forma literal
	3.3 Comprensión correcta y apropiada (propias palabras) de los conceptos y sin ejemplificar
	3.4 Comprensión correcta, apropiada y ejemplificando
4. ACTUACIÓN DEL TUTOR EN LA DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS PREVIOS DEL TUTORADO	4.1 No hay preguntas para explorar conocimientos previos
	4.2 El tutor pregunta al tutorado sin ofrecerle una respuesta posteriormente
	4.3 El tutor formula las preguntas y da una respuesta al tutorado
	4.4 El tutor pregunta y ofrece feedback valorativo al tutorado (valora la respuesta del tutorado)
	4.5 El tutor formula preguntas, valora la respuesta y ayuda a activar conocimientos previos del tutorado (da pistas, ejemplifica)
5. CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS DESDE LA AYUDA PEDAGÓGICA	5.1 El tutor transmite la información
	5.2 El tutor parte de los conocimientos previos del tutorado y los mejora
	5.3 El tutor reconoce los conocimientos previos del tutorado y juntos reconstruyen el esquema/la idea/ el concepto
	5.4 Construcción de un nuevo conocimiento en base a conocimientos previos de tutor y tutorado
6. COMPROBACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL TUTORADO POR PARTE DEL TUTOR	6.1 No hay preguntas de comprensión
	6.2 El tutorado es quien formula las preguntas y el tutor se limita a responderlas
	6.3 Tutor y tutorado formulan preguntas de comprensión
	6.4 El tutor formula preguntas de comprensión
7. GUIADO DE LA INTERACCIÓN	7.1 El tutor no guía la interacción
	7.2 El tutor guía la interacción durante la conversación, pero sin anticipar la estructura de la actividad de la sesión
	7.3 El tutor guía la interacción anticipando la estructura de la actividad de la sesión y guiando la conversación
	7.4 El tutor guía la interacción ofreciendo pautas de la actividad de la sesión, recapitulando, concluye bloques
8. EL TUTOR DESPIERTA Y MANTIENE EL INTERÉS DEL TUTORADO	8.1 El tutor no despierta el interés en el tutorado
	8.2 El tutor despierta el interés del tutorado hacia la tarea (ej. Tutor pregunta al tutorado, gesticula, mantiene una escucha activa, le presta atención)
	8.3 El tutor despierta el interés del tutorado y lo mantiene durante estas partes de la sesión

Tabla 20. Dimensiones y factores del primer segmento: Aproximación conceptual

Realizando una descripción breve, pero necesaria, de cada una de las dimensiones se puede entender mejor qué es lo que se evalúa en el análisis y qué es lo que se tiene en consideración.

- ✓ **Dimensión 1: Preparación previas de las sesiones.** Se evalúa si el tutor trae los materiales que previamente se le ha suministrado de forma física o vía e-mail y si los ha trabajado en algún grado. Puede que el alumno traiga sólo el dossier de aprendizaje, puede que traiga también los artículos previamente preparados, subrayados o incluso con anotaciones.

- ✓ **Dimensión 2: Uso de apoyos de la sesión.** Se evalúa si el tutor ha trabajado previamente el material y utiliza soportes para después explicarle al tutorado lo que ha aprendido, incluso siendo capaz de crear material didáctico como soporte de su explicación.

- ✓ **Dimensión 3: Comprensión conceptual por parte del tutor.** Capacidad que tiene el tutor de expresar aquello que ha comprendido de forma teórica. Esta dimensión se evalúa expresamente durante la parte de aproximación conceptual, cuando el tutor explica de forma teórica aquello que ha leído y se ha preparado para poder explicarle la teoría al tutorado. Se tiene en consideración si la teoría ha sido aprendida de forma literal por el alumno o, por el contrario, ha habido una interiorización del concepto, pudiendo ser explicado con las propias palabras del tutor y ejemplificándolo.

- ✓ **Dimensión 4: Actuación del tutor en la detección de conocimientos previos del tutorado.** Capacidad que tiene el tutor de activar los conocimientos previos del tutorado y valorar la respuesta que el tutorado le pueda ofrecer.

- ✓ **Dimensión 5: Construcción de conocimientos desde la ayuda pedagógica.** Capacidad que tiene el tutor de ayudar a construir conocimientos al tutorado teniendo en cuenta, o no, los conocimientos previos desde los que partía el tutorado. A partir de la identificación de los conocimientos del tutorado y los aportados por el tutor se observa si existe una reconstrucción o construcción de

nuevos conocimientos a través de la ayuda o sólo hay una trasmisión de la información.

- ✓ **Dimensión 6: Comprobación de conocimientos del tutorado por parte del tutor.** Se observa si el tutor comprueba los conocimientos adquiridos por el tutorado, ya sea preguntando al tutorado, o preguntándose de forma mutua, o por el contrario, si no hay preguntas. Si el tutor pregunta al tutorado o ambos formulan preguntas de comprensión se puede evaluar el grado en el que se han adquirido los conocimientos. Se contemplan también como preguntas de comprensión aquellas como “¿Has entendido lo que te he explicado?”, “¿Quieres preguntarme algo que no hayas entendido?”.
- ✓ **Dimensión 7: Guiado de la interacción.** Se observa y se evalúa la capacidad que tiene el tutor de gestionar lo que se debe hacer tanto durante la actividad en el tiempo establecido, como tener la habilidad de pautar la sesión y pautar la interacción con el tutorado para que éste se centre en la actividad, anticipar la actividad que vendrá a continuación o presentar la conclusión de todo lo que han hablado para cerrar esa parte de la actividad.
- ✓ **Dimensión 8: El tutor despierta y mantiene el interés del tutorado.** Observa si el tutor es capaz de hacer que el tutorado esté atento durante esta parte de la sesión, o si despierta sólo la curiosidad del tutorado durante la tarea. Esta dimensión se objetiva mediante el lenguaje verbal, pero más importante aún el lenguaje no verbal, como por ejemplo que el tutor mantenga una escucha activa, la gesticulación o si asiente o si ignora, y el comportamiento no verbal del tutorado, como por ejemplo, si el tutorado sigue con la mirada al tutor, si le presta atención cuando habla, o en cambio, si habla con otras personas durante la sesión ignorando a su compañero.

B) Segmento 2: Práctica

El segundo segmento, llamado “Práctica”, analiza los 30 minutos continuos al primer segmento. En este segmento ambos alumnos realizan la práctica de la sesión en relación al contenido previo trabajado, siendo las prácticas muy diversas en todas las sesiones. A

continuación, se muestran en la tabla 21 las dimensiones y los factores relacionados con este segundo segmento del análisis.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	FACTORES
9. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA POR PARTE DEL TUTOR	9.1 El tutor se muestra poco colaborador e impide que la práctica se realice correctamente
	9.2 El tutor se muestra poco colaborador y dificulta la realización de la práctica
	9.3 El tutor se muestra poco colaborador, pero finaliza la práctica correctamente junto con el tutorado
	9.4 El tutor se muestra colaborador cuando el tutorado le pide ayuda, realizando correctamente la práctica propuesta
	9.5 El tutor se muestra colaborador durante la práctica, ofreciendo ayuda ajustada al tutorado y permitiendo realizar la práctica de forma exitosa
10. CONDUCTAS DE AYUDA: EXPLICACIÓN	10.1 El tutor no explica conceptos
	10.2 El tutor ofrece explicaciones cuando el tutorado lo solicita
	10.3 El tutor ofrece explicaciones sin que el tutorado lo solicite
11. CONDUCTAS DE AYUDA: INTERROGACIÓN	11.1 No hay preguntas de interrogación
	11.2 Sólo el tutorado formula preguntas
	11.3 El tutor formula preguntas al tutorado
	11.4 El tutor formula preguntas al tutorado y le ofrece feedback
12. GUIADO DE LA PRÁCTICA	12.1 El tutorado explica al tutor la actividad (el tutorado lo sabe porque en la sesión de formación se les explicó de forma conjunta qué harían en cada una de las sesiones)
	12.2 El tutor no explica la actividad, tutor y tutorado esperan a que la docente les explique la actividad
	12.3 El tutor explica la actividad al tutorado, pero durante la actividad el tutor no guía la actividad
	12.4 Tutor explica la actividad que hay que realizar al tutorado y guía la actividad teniendo en consideración los objetivos propuestos en el dossier
13. OBJETIVOS ESPECIFICADOS EN EL DOSIER	13.1 El tutor no ha tenido en consideración los objetivos a alcanzar
	13.2 El tutor ha tenido en consideración alguno de los objetivos a alcanzar y el tutorado los ha alcanzado
	13.3 El tutor ha tenido en consideración los objetivos a alcanzar y el tutorado los ha alcanzado

Tabla 21. Dimensiones y factores del segundo segmento: Práctica

Este segundo segmento está constituido, tal y como se puede observar en la tabla 20, por 5 dimensiones y 19 factores que se evalúan con respuesta dicotómica (SÍ/NO), de forma acumulativa y progresiva, al igual que se evalúan en el primer segmento.

Al igual que se han descrito las dimensiones del segmento anterior, se describen ahora las siguientes dimensiones correspondientes al segmento de la Práctica.

- ✓ **Dimensión 9: Implicación en la práctica por parte del tutor.** Observa la actitud colaboradora que tiene el tutor cuando se lleva a cabo la práctica. La implicación del tutor supone un factor muy relevante durante la práctica ya que consecuentemente ésta influye en la motivación que pueda presentar el tutorado hacia la tarea y hacia el logro de los objetivos propuestos de la actividad.

- ✓ **Dimensión 10: Conductas de ayuda: explicación.** Evalúa la ayuda que ofrece el tutor en referencia a si ofrece explicaciones cuando observa que el tutorado las necesita, cuando le solicitan explicaciones o no explica y demuestra una conducta de ayuda baja.

- ✓ **Dimensión 11: Conductas de ayuda: interrogación.** Al igual que en la dimensión anterior, se evalúa la ayuda que ofrece el tutor al tutorado, pero desde otra perspectiva. La ayuda en esta dimensión se manifiesta mediante preguntas de interrogación que hace el tutor al tutorado para poder ayudarlo en sus dudas durante la actividad o aclarar conceptos u ideas mal comprendidas que puedan afectar en esta parte práctica. Puede que el tutor no pregunte pero que el tutorado sí pregunte para aclarar dudas o que el tutor pregunte y ofrezca un feedback al tutorado dando respuesta a sus dudas, y por tanto ofreciendo un alto grado de ayuda hacia el aprendizaje.

- ✓ **Dimensión 12: Guiado de la práctica.** Observa y evalúa al tutor en referencia a su capacidad de conocer y saber qué actividades hay que realizar y como se deben realizar, teniendo en consideración los objetivos de la actividad, los cuales están descritos en el dossier que se les administra en cada una de las sesiones.

- ✓ **Dimensión 13: Objetivos especificados en el dossier.** Se evalúa específicamente si el tutor ha tenido en cuenta los objetivos que el tutorado debe alcanzar, objetivos también descritos en el dossier de aprendizaje, pero que sin su previa lectura el tutor no conoce y difícilmente podrá enfocar sus explicaciones y sus interrogaciones en base a conseguir dichos objetivos.

C) Segmento 3: Reflexión

Por último, el tercer segmento analiza los 15 minutos últimos de la sesión, consecutivos al segundo segmento, que corresponden a las dos últimas partes de la sesión: feedback (5 minutos) y parte de reflexión (10 minutos).

Este segmento analiza la capacidad de reflexión y de análisis de lo aprendido por parte de los alumnos, así como la capacidad de evaluar al compañero y a uno mismo de forma constructiva para mejorar en las siguientes sesiones.

A continuación, se muestra en la tabla 22 las dimensiones y factores relacionados con este segmento.

DIMENSIONES DE ANÁLISIS	FACTORES
14. ENTENDIMIENTO MUTUO EN RELACIÓN A LAS PREGUNTAS DE REFLEXIÓN	14.1 Tutorado responde a las preguntas de reflexión y tutor ofrece también su punto de vista, pero sin realizar ninguna reflexión en común
	14.2 Tutor reformula preguntas al tutorado para entender su punto de vista y/o ampliar las respuestas que ofrece el tutorado
	14.3 Tutor y tutorado se escuchan y se comprenden ofreciéndose tiempo para pensar y para que cada uno explique su punto de vista
15. REFLEXIÓN SOBRE EL SIGNIFICADO DE CONCEPTOS	15.1 No muestran la asimilación de los conceptos
	15.2 Tutor y tutorado entienden los conceptos tras la aproximación conceptual y la práctica
	15.3 Tutor y tutorado entienden y discuten los conceptos aprendidos y ofrecen justificación o ejemplos
	15.4 Tutor y tutorado son capaces de reconstruir el significado del concepto
	15.5 Tutor y tutorado son capaces de construir el significado del concepto modificando las ideas iniciales
16. AUTOEVALUACIÓN COMO PARTE DE LA REFLEXIÓN	16.1 No hay actividad de autoevaluación
	16.2 Se autoevalúan de forma individual
	16.3 Tutor evalúa al tutorado
	16.4 Tutorado evalúa al tutor
	16.5 Tutor y tutorado se evalúan de forma mutua

Tabla 22. Dimensiones y factores del tercer segmento: Reflexión

Este tercer segmento está constituido, tal y como se puede observar en la tabla 21, por 3 dimensiones y 13 factores que se evalúan con respuesta dicotómica (SÍ/NO). En este segmento, todas las dimensiones de análisis se evalúan de forma acumulativa excepto la dimensión 16 que no es acumulativa.

- ✓ **Dimensión 14: Entendimiento mutuo en relación a las preguntas de reflexión.** Se analiza la capacidad de reflexión del tutor principalmente y la capacidad que tiene el tutor de hacer que el tutorado reflexione también, compartan o no el mismo punto de vista y ofreciendo tiempo para que se expliquen.
- ✓ **Dimensión 15: Reflexión sobre el significado de los conceptos.** Se evalúa al tutor en relación a si ha sido capaz de entender los conceptos y reflexionar posteriormente sobre ellos y hacer que el tutorado también reflexione, pudiendo modificar los conceptos previos que la pareja tenía, ampliarlos o incluso en su máximo grado, reconstruir o construir nuevo conocimientos a partir de los conocimientos previos.
- ✓ **Dimensión 16: Autoevaluación como parte de la reflexión.** Esta dimensión está relacionada con la parte de feedback que hace la pareja en conjunto y la capacidad y habilidad que tienen de evaluarse habiendo reflexionado sobre su papel en la actividad y sobre el papel del compañero. La evaluación y autoevaluación demuestran una reflexión respecto a las actividades realizadas, a la implicación de cada uno y a las expectativas que tenían previamente a realizar la actividad.

Vistas las dimensiones y factores del análisis de las sesiones, se presentan a continuación los resultados, obtenidos del análisis de 20 parejas, durante 4 sesiones, para responder a las preguntas formuladas.

5.2.2.2 Resultados del análisis de la interacción

a) En el segmento de la aproximación conceptual, ¿Qué actuaciones de la pareja ayudan o entorpecen el desarrollo del conocimiento conceptual de la empatía?

Para dar respuesta a la primera pregunta, se analizan los primeros 15 minutos de todas las sesiones, en lo que hemos definido el segmento de aproximación conceptual, analizando la interacción de la pareja en base a las 8 primeras dimensiones presentadas. Este análisis se ha realizado detallando los resultados para cada una de las 4 sesiones analizadas (ver tabla de resultados completos en anexo 4) y para cada uno de las 20 parejas (ver tabla de resultados completos en anexo 5). Ninguno de los dos análisis arroja diferencias relevantes ni entre sesiones, ni entre parejas, por lo que, con ánimo de presentar más claramente los resultados, éstos se presentarán acumulados en el total de sesiones y

parejas, tal como sintetiza la tabla 23. En la tabla 23 se recogen los resultados de las 20 parejas en las 4 sesiones analizadas. En ella, se aporta el porcentaje que cada factor representa dentro de la dimensión.

En este segmento, los datos apuntan a que la mayoría de las actuaciones se concentran en los factores que se describen a continuación.

En la dimensión 1 (D.1), en el factor 2 (F.2.2) es donde se repite la mayoría de las acciones: el tutor trae los materiales de estudio, pero en menor grado ello implica que los materiales contengan subrayados o anotaciones.

En la D.2, en el F.2.2 es donde se repite la mayoría de las acciones: El tutor ha creado soportes de síntesis (esquemas, gráficos, síntesis en libreta o folio aparte). Los alumnos entregan conjunto con el dossier trabajado apuntes o esquemas que utilizan para poder explicar lo que han leído a su compañero tutorado. Veamos un ejemplo de este factor en la imagen que se ofrece a continuación.

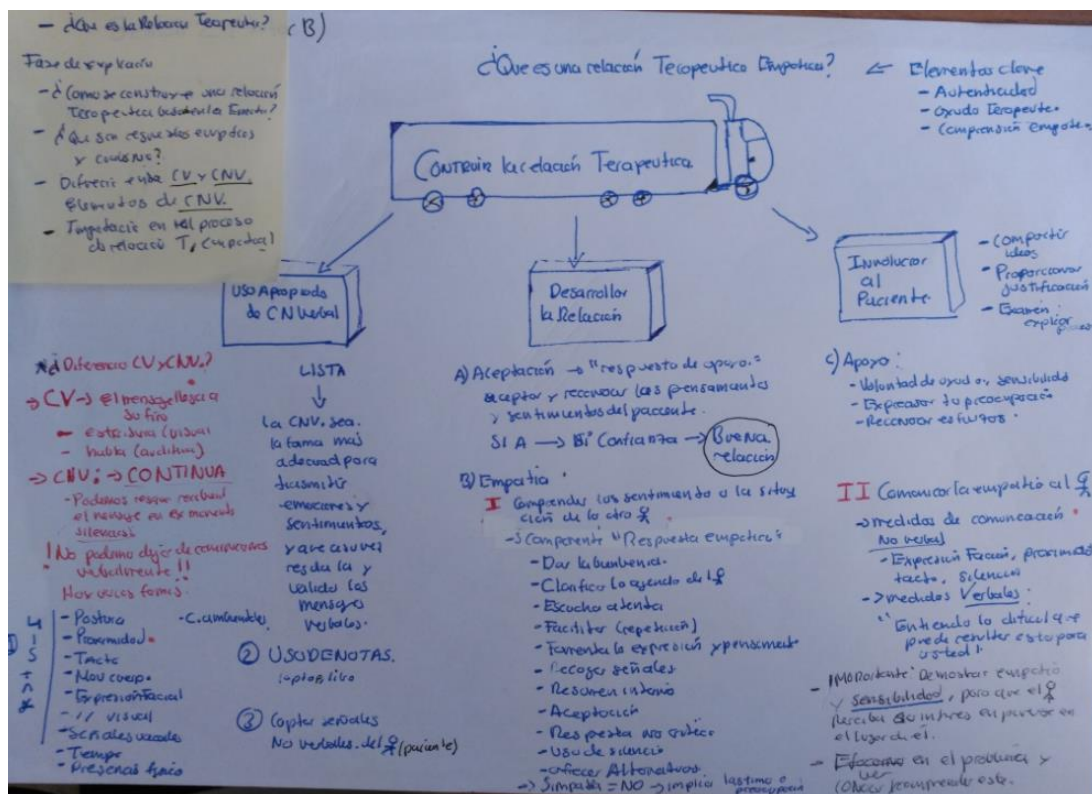


Imagen 1. Esquema de la sesión 2, pareja de alumnas M-P

DIMENSIÓN	FACTORES	f	% de f
1. PREPARACIÓN PREVIA DE LAS SESIONES	1.1 El tutor no trae los materiales	1	1,25
	1.2 El tutor trae los materiales	56	70
	1.3 El tutor trae los materiales subrayados	14	17,5
	1.4 El tutor trae los materiales subrayados y contienen anotaciones en los materiales subrayados	9	11,25
2. USO DE APOYOS DURANTE LA SESIÓN	2.1 El tutor utiliza soportes ya proporcionados como el material de ampliación	29	36,25
	2.2 El tutor ha creado soportes de síntesis (esquemas, gráficos, síntesis en libreta o folio aparte)	50	62,5
	2.3 El tutor ha creado material didáctico (material adicional como fotos, otros documentos o recursos)	1	1,25
3. COMPRENSIÓN CONCEPTUAL POR PARTE DEL TUTOR (Trabajo del contenido)	3.1 Comprensión incorrecta de los conceptos	1	1,25
	3.2 Comprensión correcta de los conceptos pero de forma literal	5	6,25
	3.3 Comprensión correcta y apropiada (propias palabras) de los conceptos y sin ejemplificar	14	17,5
	3.4 Comprensión correcta, apropiada y ejemplificando	60	75
4. ACTUACIÓN DEL TUTOR EN LA DETECCIÓN DE CONOCIMIENTOS PREVIOS DEL TUTORADO	4.1 No hay preguntas para explorar conocimientos previos	5	6,25
	4.2 El tutor pregunta al tutorado sin ofrecerle una respuesta posteriormente	15	18,75
	4.3 El tutor formula las preguntas y da una respuesta al tutorado	3	3,75
	4.4 El tutor pregunta y ofrece feedback valorativo al tutorado (valora la respuesta del tutorado)	16	20
	4.5 El tutor formula preguntas, valora la respuesta y ayuda a activar conocimientos previos del tutorado (da pistas, ejemplifica)	41	51,25
5. CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS DESDE LA AYUDA PEDAGÓGICA	5.1 El tutor transmite la información	41	51,25
	5.2 El tutor parte de los conocimientos previos del tutorado y los mejora	30	37,5
	5.3 El tutor reconoce los conocimientos previos del tutorado y juntos reconstruyen el esquema/la idea/ el concepto	9	11,25
	5.4 Construcción de un nuevo conocimiento en base a conocimientos previos de tutor y tutorado	0	0
6. COMPROBACIÓN DE CONOCIMIENTOS DEL TUTORADO POR PARTE DEL TUTOR	6.1 No hay preguntas de comprensión	22	27,5
	6.2 El tutorado es quien formula las preguntas y el tutor se limita a responderlas	28	35
	6.3 Tutor y tutorado formulan preguntas de comprensión	15	18,75
	6.4 El tutor formula preguntas de comprensión	15	18,75
7. GUIADO DE LA INTERACCIÓN	7.1 El tutor no guía la interacción	5	6,25
	7.2 El tutor guía la interacción durante la conversación pero sin anticipar la estructura de la actividad de la sesión	54	67,5
	7.3 El tutor guía la interacción anticipando la estructura de la actividad de la sesión y guiando la conversación	13	16,25
	7.4 El tutor guía la interacción ofreciendo pautas de la actividad de la sesión, recapitulando, concluye bloques	8	10
8. EL TUTOR DESPIERTA Y MANTIENE EL INTERÉS DEL TUTORADO	8.1 El tutor no despierta el interés en el tutorado	3	3,75
	8.2 El tutor despierta el interés del tutorado hacia la tarea (ej. Tutor pregunta al tutorado, gesticula, mantiene una escucha activa, le presta atención, está pendiente de la comunicación verbal y no verbal del tutorado, tutor toma anotaciones de lo que dice tutorado)	11	13,75
	8.3 El tutor despierta el interés del tutorado y lo mantiene durante estas partes de la sesión	66	82,5

Tabla 23. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Aproximación conceptual” de las sesiones de las 20

parejas

Esta frecuencia revela que los alumnos realizan un ejercicio de síntesis del texto, sin haberlo trabajado tan profundamente en la mayoría de los casos como para crear material didáctico adicional, pero habiéndolo trabajado lo suficiente como para no sólo quedarse en tener el material de ampliación. Esta transformación del material a través de los soportes de síntesis puede explicar el aprendizaje de los alumnos que desarrollan en rol de tutores.

Esta segunda dimensión puede explicar por qué en la primera dimensión ha destacado que sólo traían el material no subrayado ni con anotaciones, ya que posiblemente lo hayan sintetizado en materiales separados, mientras lo leían y por eso la frecuencia de F.1.2 es de 53 y de F.2.2 es de 54.

En la D.3, en el F.3.4 es donde se repite la mayoría de las acciones: Comprensión correcta, apropiada y ejemplificando. Esta acción mayoritaria da a conocer que los alumnos entienden lo que han leído y son capaces de explicarlo con palabras propias a su tutorado, de forma que se puede afirmar que la preparación previa, aunque sólo hayan hecho esquemas o síntesis, ha sido suficiente como para poder hacer que el tutorado aprenda lo que el tutor se ha preparado. Veamos un ejemplo, donde T es tutor y t, tutorado.

T: (explicando el artículo) a partir de aquí empezaron a hacer un estudio, ¿no?, para ver cómo sería mejor la enseñanza de esta comunicación. Emm... vieron que, a diferencia de tres asignaturas donde los alumnos empiezan con cero conocimientos, o sea, es decir... Por ejemplo, tú estás estudiando medicina y no tienes ni idea de camillas, no tienes ningún conocimiento, entonces, tú tienes que ponerle como muchas ganas, ¿no?, tú tienes que esforzarte. Entonces, ¿qué pasaba aquí? Pues como que los alumnos con la comunicación, tú ya tienes ciertas... como que ya has experimentado, ¿no? ya has hecho cosas... entonces, como que los alumnos tenían menos motivación, ¿no?

t: que se esforzaban poco...

T: Sí, que tenían menos motivación para esta asignatura... (Sigue explicando mientras la tutorada asiente con la cabeza mientras la tutora explica) (Sesión 5, T-C)

En la D.4, el F.4.5 es el factor donde se repite la mayoría de las acciones: El tutor formula preguntas, valora la respuesta y ayuda a activar conocimientos previos. La mayoría de las acciones demuestran que los alumnos preguntan a sus tutorados antes de explicar y que

valoran la respuesta que se les ofrece y valoran cuánto sabe el tutorado sobre el tema antes de comenzar a explicar. Cabe destacar que es una parte del ejercicio muy pautada donde se les explica a los alumnos que durante este segmento antes de explicar deben preguntar y tiene 5 minutos dedicado sólo a cuestionar y a valorar las respuestas que el tutorado les ofrece. Veamos un ejemplo.

T: H, ¿Qué sabes sobre la empatía?, ¿Qué entiendes por empatía?

t: La empatía es como ponerse en el lugar del otro, ¿no?, es como sentir mmm... más o menos lo que él siente.

T: Vale. Sí, básicamente eso. ¿Y la simpatía?

t: La simpatía es... simpatía es tener un comportamiento agradable.

T: Sí, ¿no?, también como que hay gente como que es simpático, también está relacionado.

t: Sí.

T: Sobre la compasión, ¿qué entiendes? O ponme un ejemplo, quizás me lo puedas decir con un ejemplo.

t: compasión es... mm... no sé... no sé explicarlo... no es tristeza por alguien sino ponerte en su lugar y como perdonarlo... tampoco perdonarlo...

T: Sí ¿no? Como ponerte triste porque alguien...

t: ...por la situación de otra persona.

T: Cuando está sufriendo, ¿no? ¿Por ejemplo?

t: Sí. (Sesión 2, C-H)

En la D.5, el F.5.1 es el factor donde se repite la mayoría de las acciones: El tutor transmite la información. Éste es el más básico de todos los factores planteados, lo que da a conocer que los alumnos, pese a que se preparan previamente la información sintetizándola y utilizando y ejemplificando con palabras propias, una vez han superado la parte formal de detectar los conocimientos previos de su compañero, parece que tienden a transmitir información y no los tienen nuevamente en cuenta. Posiblemente este hecho ocurra porque han considerado que la parte de conocimientos previos y la parte explicativa del artículo se dan en tiempos diferentes, también sean actividades diferentes que no han sabido unir o encontrar la relación entre ellas. A continuación se muestra un ejemplo.

T: El título del artículo es “Personal Illness narrative: using the reflecting writing to teach empathy”. Lo que te dice básicamente es que... bueno primero te empieza hablando sobre la empatía, todo lo que hemos tratado de la empatía te lo vuelve a hablar, en plan... la importancia de la empatía en nuestra profesión, que mmm... normalmente a la gente le cuesta ser empático, y que se le da más importancia a la enfermedad o al cuerpo que no a la empatía en que tratan a sus pacientes. Lo trata bastante desde el punto de vista médico, claro... no como un enfermero pero bueno da igual, supongo que es lo mismo. ¿Qué más?, Te habla de la empatía, que es importante, bueno como te he dicho antes, ¿Qué más? (Mira sus apuntes). Vale, después de explicarte toda esta teoría, ay, toda la empatía que hablan los artículos, te habla de que han hecho como una especie de ejercicio durante 2 años diferentes. Han cogido a estudiantes.... (Sigue explicando el artículo) (Sesión 6, H-P)

En la D.6, el F.6.2 es en el que se repite la mayoría de las acciones: El tutorado es quien formula las preguntas y el tutor se limita a responderlas. Si se analiza este resultado es muy coherente con el proporcionado en el apartado anterior, ya que el tutor explica mientras que sólo el tutorado es quien interrumpe las explicaciones o se espera al final para realizar preguntas de comprensión, y posteriormente el tutor se limita a responderlas. Se puede considerar que el tutorado se responsabiliza de la comprobación de sus conocimientos y no se responsabiliza el tutor, tal y como se esperaba que ocurriera. Quizás, este hecho suceda porque el tutor no tenga el rol asumido como responsable del aprendizaje del tutorado y sí se sienta responsable de explicar correctamente aquello que debe transmitir. Veamos un ejemplo.

T: (mientras explica el artículo) O, por ejemplo, un paciente que... no sé... que le de miedo... no... que no le acaben de gustar los musulmanes, pues la relación que tenía con ese paciente era mucho más fría que con una persona que no le transmitiera eso... por la raza...

t: O sea, ¿lo que dices es que los factores socio-económicos...?

T: Sí.

T: Los factores culturales influyen en la manera de...

T: De relacionarse, médico - paciente, que yo creo que eso no tendría que ser así, ¿no?

t: No, no debería ser.

T: Vamos, que es una “cagada”.

t: Pero ese caso, ¿dónde lo has visto?

T: Bueno, el artículo lo comenta un poco. (Sesión 5, P-M)

En la D.7, el F.7.2 es el que más se repite: El tutor guía la interacción durante la conversación pero sin anticipar la estructura de la actividad de la sesión. Este factor es el que más se repite debido a que la docente fue estructurando la actividad en cada sesión y guió el tiempo de cada una de las actividades de forma cronométrica. Es por ello, que los alumnos no tuvieron que guiar la actividad o que se les organizó de tal forma que no se les permitió adquirir la gestión del tiempo, pero sí la gestión de cada una de las actividades que se hacía, además de poder guiar la interacción. Sólo algunas parejas se anticiparon a lo que la docente marcaba y controlaban el tiempo ellos mismos.

T: Bueno, ahora te voy a explicar en esta primera fase... Bueno voy a hacerte unas preguntas para ver si tienes alguna idea, ¿no?

t: Vale.

T: ¿Qué crees que es una relación terapéutica? (Sesión 2, M-P)

En la D.8, el factor que más se repite es el F.8.3: El tutor despierta el interés del tutorado y lo mantiene durante la sesión. Estos resultados destacan la alta implicación que mostraron los alumnos durante la intervención en esta parte de la sesión, ya que el tutor intentaba que el tutorado estuviera atento a sus explicaciones e intentaba mantener ese entusiasmo durante este segmento de la sesión. Veamos un ejemplo de ello.

T: (explicando el artículo) Bua... (Se preocupa por la gestión del tiempo, pasa páginas del artículo y de su resumen buscando qué le falta por explicar), y básicamente ese es el resumen.

t: Me había quedado claro (asiente con la cabeza).

T: Me había preparado otra cosa, pero bueno...

t: Lo que he dicho al principio no lo había pensado de esa manera. Si tú se lo explicas al paciente, el paciente se puede involucrar en su salud, ¿sabes?, más que si no se lo explicas, entonces, es más fácil que se lo espere, si están las cosas bien y lo entiende. Él ya sabe lo que tiene que hacer, lo que no tiene que hacer, involucrarse en sus cuidados, en plan autocuras, lo que tú has dicho, ¿sabes?, no lo había pensado así.

T: Por ejemplo, una persona con obesidad, ¿no?, tu puedes decirle, el peso a ver si lo controlamos. En vez de decirle, mire, según su Índice de Masa Corporal está en una obesidad tipo 1. Esto es una enfermedad que se puede curar.

t: Puedes decirle lo que viene, qué va a pasar si no lo cambia... (Sesión 5, C-H)

Lo que se quiere dar a conocer en este fragmento es que el tutorado está muy interesado por entender al tutor y le pregunta, incluso recapitula y cambia conceptos iniciales, mientras que el tutor guía ese aprendizaje y mantiene la atención del tutorado, habiéndose preparado aquello que quería decirle y gestionando el tiempo de explicación. La comunicación no verbal es especialmente importante en esta dimensión, ya que, en este fragmento, por ejemplo, tutor y tutorado mantiene una escucha activa, manteniendo contacto visual, asintiendo y manteniendo un lenguaje no verbal armonioso durante toda la sesión.

En global, y ofreciendo respuesta a la pregunta planteada en este primer apartado, parece que podemos hallar algunos factores en la interacción de las parejas en este primer segmento que pueden explicar por qué los estudiantes muestran una mejora significativa en la toma de perspectiva, que está relacionada con la aproximación conceptual a la empatía.

Basándonos en los resultados obtenidos en términos generales, se considera que los alumnos han sido capaces de entender el concepto y lo que engloba el ser empático y establecer una relación terapéutica, además de sintetizar información para explicarla al compañero, y explicarla con sus palabras, hecho que da indicios de que su aprendizaje ha sido interiorizado. Se han realizado preguntas de exploración para saber los conocimientos previos del tutorado y el tutor ha tratado de despertar el interés y motivación de su compañero.

Si bien todas estas actuaciones parecen pues ser factores que ha contribuido al desarrollo de la aproximación conceptual de la empatía, hay algunas actuaciones que podrían claramente mejorar: ayudar a los tutores a poner más en juego el conocimiento previo de su compañero para construir el conocimiento; comprobar la comprensión progresiva de los conceptos y guiar la sesión.

Aun así, los resultados manifiestan que la tutoría entre iguales ha conseguido que los alumnos adquieran conocimientos conceptuales complejos, tanto en la posición del tutor con sus responsabilidades (previas y durante la sesión), como en la posición del tutorado, recibiendo el apoyo personalizado del tutor.

b) En el segmento de la práctica, ¿Qué actuaciones de la pareja ayudan o entorpecen el desarrollo emocional de la empatía?

Para poder ofrecer una respuesta a la segunda pregunta planteada, se analizaron los 30 minutos siguientes de todas las sesiones, en lo que hemos definido el segmento de Práctica, analizando la interacción de la pareja en base a las 5 dimensiones de este segmento. Este análisis se ha realizado, al igual que en el segmento anterior, detallando los resultados para cada una de las 4 sesiones analizadas (ver tabla de resultados completos en anexos 6) y para cada una de las 20 parejas (ver anexos 7). Tal y como ocurrió en el primer segmento, ninguno de los dos análisis mostró diferencias relevantes ni entre las sesiones, ni entre las parejas de alumnos, por lo que se decide presentar los resultados acumulados en total de sesiones y parejas, tal y como se muestra en la tabla 24. En la tabla 24 se recogen los resultados de las 20 parejas en las 4 sesiones analizadas.

DIMENSIÓN	FACTORES	f	% de f
9. IMPLICACIÓN EN LA PRÁCTICA POR PARTE DEL TUTOR	9.1 El tutor se muestra poco colaborador e impide que la práctica se realice correctamente	0	0
	9.2 El tutor se muestra poco colaborador y dificulta la realización de la práctica	1	1,25
	9.3 El tutor se muestra poco colaborador pero finaliza la práctica correctamente junto con el tutorado	2	2,5
	9.4 El tutor se muestra colaborador cuando el tutorado le pide ayuda, realizando correctamente la práctica propuesta	8	10
	9.5 El tutor se muestra colaborador durante la práctica, ofreciendo ayuda ajustada al tutorado y permitiendo realizar la práctica de forma exitosa	69	86,25
10. CONDUCTAS DE AYUDA: EXPLICACIÓN	10.1 El tutor no explica conceptos	6	7,5
	10.2 El tutor ofrece explicaciones cuando el tutorado lo solicita	17	21,25
	10.3 El tutor ofrece explicaciones sin que el tutorado lo solicite	57	71,25
11. CONDUCTAS DE AYUDA: INTERROGACIÓN	11.1 No hay preguntas de interrogación	17	21,25
	11.2 Sólo el tutorado formula preguntas	14	17,5
	11.3 El tutor formula preguntas al tutorado	2	2,5
	11.4 El tutor formula preguntas al tutorado y le ofrece feedback	47	58,75
12. GUIADO DE LA PRÁCTICA	12.1 El tutorado explica al tutor la actividad (el tutorado lo sabe porque en la sesión de formación se les explicó de forma conjunta qué harían en cada una de las sesiones)	4	5
	12.2 El tutor no explica la actividad, tutor y tutorado esperan a que la docente les explique la actividad	58	72,5
	12.3 El tutor explica la actividad al tutorado, pero durante la actividad el tutor no guía la actividad	5	6,25
	12.4 Tutor explica la actividad que hay que realizar al tutorado y guía la actividad teniendo en consideración los objetivos propuestos en el dossier	13	16,25
13. OBJETIVOS ESPECIFICADOS EN EL DOSIER	13.1 El tutor no ha tenido en consideración los objetivos a alcanzar	2	2,5
	13.2 El tutor ha tenido en consideración alguno de los objetivos a alcanzar y el tutorado los ha alcanzado	18	22,5
	13.3 El tutor ha tenido en consideración los objetivos a alcanzar y el tutorado los ha alcanzado	60	75

Tabla 24. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Práctica” de las sesiones de las 20 parejas.

En la D.9, el F.9.5 es en el que se repite la mayoría de las acciones: El tutor se muestra colaborador durante la práctica, ofreciendo ayuda ajustada al tutorado y permitiendo realizar la práctica de forma exitosa. Un ejemplo de ello se expone a continuación.

T: (Cuando han colocado las tarjetas en la mesa) Toma la empatía, a ver, ¿Qué será?

t: Empatía... (Tutorado piensa cuál es la correspondiente y coge dos tarjetas). Uf... estoy entre dos...Entender el yo interior de la persona; entendimiento, percepción o comprensión de ese mundo interior. Yo diría que esto es simpatía.

T: Y ¿Cuál más crees?

t: También diría éste, el hecho de poder entrar en los sentimientos del otro, vivirlos como propios, de forma subjetiva.

T: Pues, busca lo que creas que deba ser y así descartamos esas dos y vemos a ver qué ha pasado.

t: Vale, pienso que empatía es éste y entender va con entendimiento (coge dos tarjetas y las une con sus definiciones y las deja aparte).

T: Primero ves haciendo y luego miramos, sino...

t: Cualquiera de los sentimientos de alegría, tristeza, miedo, odio, amor, etc... emoción.

T: Sí, ¿No?, éste se ve claro. Éste te lo saco porque es eso, una emoción puede ser tanto alegría como tristeza, como miedo... (El tutor lo aparta tras aprobar la relación). (Sesión 1, C-H)

En la D.10, el F.10.3 es en donde se repite la mayoría de las acciones: El tutor ofrece explicaciones sin que el tutorado las solicite. En esta dimensión se valora las explicaciones que da el tutor al tutorado sin que éste las solicite. Por una parte, dar explicaciones sin que el tutorado las solicite conlleva a una buena praxis de la actividad, ya que el tutor identifica cuando el tutorado necesita ayuda, o aclaraciones sin que éste le pregunte. Pero, por otro lado, ofrecer muchas explicaciones antes de que el tutorado pida ayuda puede suponer un entorpecimiento al aprendizaje, al dificultar que el tutorado tenga la oportunidad de pensar y de construir el sentido y el significado del concepto de empatía desde la vertiente emotiva, ya que el concepto le viene construido por parte del tutor. Se puede interpretar que el tutor intenta ayudar al tutorado en todo aquello que puede, y que esa ayuda puede resultar excesiva en diversas ocasiones, aunque la intención sea la de ayudar al tutorado. A continuación, se muestra un ejemplo de este factor. Cabe destacar que la actividad consistía en que el tutorado relatase una vivencia del tutor con detalle y entendiendo lo que el tutor ha sentido y cómo ha vivido esa experiencia. Se trata

de que el tutorado empatices con su tutor y tenga la capacidad de escribir aquellos sentimientos que el tutor le explica, tanto verbal como no verbalmente. Por ese motivo, durante esta actividad el tutor relata la historia con detalle, para que el tutorado también pueda llegar a entenderlo bien y realice una buena redacción.

T: (Empieza a realizar la actividad 6 que consiste en relatar una experiencia propia) Bueno pues se remonta a mayo de 2015. Buen pues un día, o sea, yo tengo un hermano, ¿vale?

t: ¿Tienes un hermano mayor o pequeño?

T: Pequeño, tiene 19, 20 años.

t: Bueno, más o menos.

T: Bueno, pues llega mi madre un día a casa, llega mi hermano también a casa y nos dice... venir un momento, no sé qué... que os tengo que contar una cosa y tal... Nos sentamos en el sofá. Yo me podía esperar cualquier cosa, yo que sé, pero... coge y nos dice, bueno, pues que me han encontrado un tumor.

t: Ostia... (Con cara de sorprendido).

T: En el pecho. Sí, es benigno, pero bueno... Yo pensé, bua... Un tumor, pero es benigno. Y ella dijo (siguiendo con el relato que les dijo su madre a la tutora y a su hermano), no pasa, no sé qué...y tal... Y yo le dije a mi madre, pero ¿Y esto?, sí ya he acabado todas las pruebas... tal y cual... nada, yo estaba con los exámenes de la uni... y se esperó mi madre a que acabara los exámenes de la uni y todo...

t: Para decírtelo, "joder..."

T: Para decírnoslo. Claro, yo ya me puse a llorar... No me contó nada, ni tratamiento, ni nada. Claro, entonces es cuando yo pregunté, ¿Y ahora qué?, y me dijo bueno, pues ahora viene la quimio y luego me operarán. Claro, yo pensé, bueno, pero y ¿si es malo?

t: ¿Si es benigno también se opera?

T: Sí, es lo que yo pensaba, bueno pensé la operan y ya está, pero cuando me dicen que le tiene que dar quimio... ahí sí que ya yo... (No se entiende bien que dice porque baja mucho la voz y parece afligida), 8 sesiones de quimio... (La alumna coge aire y sigue relatando con mucho detalle toda su vivencia mientras el tutorado se muestra muy interesado en su relato a la vez que también afligido). (Sesión 6, B-D)

Las actividades de estas sesiones están diseñadas para que el tutorado aprenda la parte más emocional de la empatía, es por ello que la conducta de ayuda más lógica que se dé,

y que como hemos visto se ha dado, sea la de que el tutor ofrezca muchas explicaciones sobre su mundo interior y sus sentimientos, ya que, si el tutor no tuviera una actitud abierta y distendida a la hora de expresarse, esto hubiera dificultado la tarea y el propósito de la actividad.

En la D.11, el factor que más se repite es el F.11.4: El tutor formula preguntas al tutorado y le ofrece feedback. Si realizamos una interpretación de esta respuesta junto con los factores anteriores, el contexto que se visualiza es de tutores muy colaboradores con la práctica, que sí ofrecen ayuda ajustada en muchas ocasiones, ya que el tutorado parece preguntar poco, pero que la razón por la cual pregunta poco es porque el tutor ya le ofrece las respuestas, incluso realiza preguntas de interrogación como conducta de ayuda y es aquí cuando el tutorado puede expresarse, recibiendo posteriormente un feedback por parte del tutor. Posiblemente, el tutorado no haya tenido la oportunidad de entender la empatía como cuidado compasivo por la ayuda que le ha ofrecido el tutor, o porque el tutorado no ha preguntado las dudas antes de que el tutor se las resolviera. Veamos un ejemplo de este factor.

T (cuando finaliza de leer uno de los diálogos de la actividad): Vale, ¿Es empático este diálogo?

t: No.

T: ¿Qué le falta?

t: Es decir, la señora está preocupada porque se encuentra mal y tiene un sentimiento negativo de que se va a morir “quizás no sé si saldré de ésta”, y el tío o la tía ésta (refiriéndose al PS del diálogo) le dice que bueno... No, no, la señora da a entender que tiene miedo de lo que pueda pasar, le tiene que dar apoyo, no en plan...

T: Está bien lo que has dicho que da a entender que tiene miedo, lo que quiere decir que a lo mejor no tienen un entendimiento, no hay una afinidad, no han llegado a desarrollar la empatía. No sería empático.

t: No.

T: Vale. (Sesión 1, C-M)

En la D.12, el factor que más se repite es el F.12.2: El tutor no explica la actividad, tutor y tutorado esperan a que la docente les explique la actividad. El motivo por el cual este

factor ha sido el más repetido es porque los tutores no se acordaban qué actividad les tocaba guiar y la docente pautaba en todo momento las sesiones y explicaba las actividades ante los problemas que presentaban los tutores para guiar la práctica. Sin bien es cierto que los tutores guiaban mucho la conversación durante toda la actividad, en cambio no eran capaces de guiar la propia actividad ni los tiempos marcados. Sólo en algunas ocasiones, los tutores se adelantaban a la docente y explicaban al tutorado en qué consistiría la actividad que realizarían a continuación y tuvieron en consideración los objetivos propuestos. Un ejemplo de este factor se muestra a continuación.

Docente: (una vez finalizan la visualización del fragmento del role-play de las compañeras) La graella está en...

Alumno externo: ¡Aquí!

Alumno T: ¿Qué graella?, ¿Ésta? Supongo... (Pasa las hojas mientras el tutorado está atento). ¡Ah, es ésta!

Docente (D): Tenéis que rellenar 1, 2, 3 (con un dossier de muestra en la mano y señalando la actividad). ¿Vale?, Esto es para el otro fragmento que lo haremos si nos da tiempo y sino nada. Sólo una.

Alumno 2: Y... ¿Qué ponemos de personajes?

D: (Se acerca a la pareja que tiene dudas y señala en el dossier del tutor la parrilla con las partes que deben analizar). Tenéis que evaluar al personal sanitario.

T: Es éste, ¿no? y aquí ponemos....

D: Sí, exacto 1, 2, 3. Pon Laura y Xesca o personal sanitario, como queráis. Tenéis que evaluar a Laura de forma objetiva. (Sesión 5, C-H)

Seguramente, este contraste de la actuación de los tutores, que ofrecen ayudas dentro del desarrollo de la actividad, pero que delegan a la docente la explicación y la dirección de la actividad les resta protagonismo para ajustarla, de forma que la actividad gane en autenticidad y aproveche el marco de mayor confianza que se ha ido construyendo dentro de las respectivas parejas.

Y, por último, en la D.13, el factor más presente es el 13.3: El tutor ha tenido en consideración los objetivos a alcanzar y el tutorado los ha alcanzado. En esta dimensión los resultados son casi unánimes, ya que los tutores han tenido en consideración los objetivos que el tutorado debía alcanzar y el tutorado parece haberlos alcanzado en cada

actividad. Los tutores tomaron, en diversas ocasiones, los objetivos como guía durante la práctica para saber qué es lo que se pretendía de ellos como tutores y qué es lo que debía aprender el tutorado gracias a la ayuda del tutor. A continuación, se muestra un ejemplo donde surge este factor.

La tutora al principio de la parte práctica mira en el dossier los objetivos que debe alcanzar el tutorado y después empieza a leer uno de los diálogos. Mira a la tutorada esperando su respuesta, al igual que le ha preguntado en anteriores diálogos, si la tutorada cree que son diálogos que demuestran empatía.

t: Creo que, si hay empatía, pero podría ser mejor.

T: Mmm... (Asiente con la cabeza)

t: Porque estaba insinuándole que es cabezona, que es tonta, que siempre me lo preguntas. Que te lo digo encantada, pero me lo preguntas.

T: Exacto (asintiendo con la cabeza).

t: Sí que actúa bien, porque le responde y se lo dice.

T: ¿Pero?

t: Pero quizás no haría falta decirlo así. Si no decírselo y ya está.

T: Exacto. Sin hacer sentir igual mal eso de que cada día te lo digo, cada día...

t: Sí.

T: No hace falta llegar a ese extremo de eso. (Sesión 1, T-C)

Además, y siguiendo con el ejemplo, la tutora subrayó los objetivos que debería conseguir el tutorado, hecho que remarca que sí los ha tenido en cuenta. A continuación, se muestra la imagen de la parte del dossier con los objetivos subrayados.

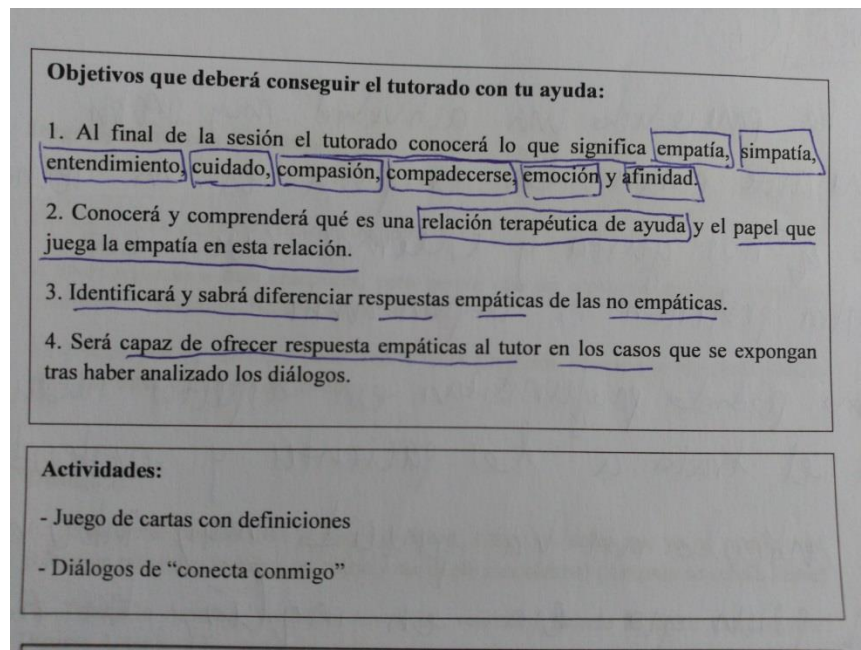


Imagen 2. Fotografía de dossier de la Tutora, subrayados los objetivos que su tutorada debe alcanzar.

En síntesis, y ofreciendo una respuesta a la segunda pregunta planteada, parece que podemos hallar algunos factores que pueden ofrecer respuesta a esta no significancia en la mejora de los Cuidados Compasivos, que está relacionada con la parte práctica de la empatía.

Teniendo en consideración los resultados obtenidos de forma general, se observa que los alumnos tutores han tenido en consideración los objetivos propuestos para que el tutorado los alcance y se han mostrado colaboradores durante toda la práctica, ofreciendo ayuda a sus tutorados. Sin embargo, esta ayuda ha sido ajustada en muchas ocasiones, pero puede haber sido excesiva en otros momentos de la actividad, limitando el aprendizaje derivado de la participación. Además, pese a que el tutor ha organizado de forma coherente su ayuda dentro de la actividad, la guía de la práctica, dirigiéndola, explicando el procedimiento y los objetivos propuestos se delegan al exterior de la pareja, a la docente, convirtiendo la actividad en un ejercicio de clase, más que en una vivencia en un marco reducido, de pareja, confortable y de sinceridad. Este es uno de los factores que cabe mejorar y que, posiblemente, la docente misma haya podido alimentar.

c) En el segmento de la reflexión, ¿Qué elementos favorecen la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía?

Para dar respuesta a la tercer y última pregunta, se analizan los últimos 15 minutos de todas las sesiones, en lo que hemos definido el segmento de reflexión, analizando la interacción de la pareja en base a las 3 últimas dimensiones presentadas. Este análisis, al igual que los anteriores, se ha realizado detallando los resultados para cada una de las 4 sesiones analizadas (ver tabla de resultados completos en anexo 8) y para cada uno de las 20 parejas (ver tabla de resultados completos en anexo 9). Ninguno de los dos análisis arroja diferencias relevantes ni entre sesiones, ni entre parejas, por lo que, con ánimo de presentar más claramente los resultados, éstos se presentarán acumulados en el total de sesiones y parejas, tal como sintetiza la tabla 25. Siguiendo la misma dinámica que en los análisis anteriores, en la tabla 25 se recogen los resultados de las 20 parejas en las 4 sesiones analizadas. En ella, se aporta de nuevo el porcentaje que cada factor representa dentro de la dimensión.

DIMENSIÓN	FACTORES	f	% de f
14. ENTENDIMIENTO MUTUO EN RELACIÓN A LAS PREGUNTAS DE REFLEXIÓN	14.1 Tutorado responde a las preguntas de reflexión y tutor ofrece también su punto de vista, pero sin realizar ninguna reflexión en común	2	2,5
	14.2 Tutor reformula preguntas al tutorado para entender su punto de vista y/o ampliar las respuestas que ofrece el tutorado	10	12,5
	14.3 Tutor y tutorado se escuchan y se comprenden, ofreciéndose tiempo para pensar y para que cada uno explique su punto de vista	68	85
15. REFLEXIÓN SOBRE EL SIGNIFICADO DE CONCEPTOS	15.1 No muestran asimilación de los conceptos	2	2,5
	15.2 Tutor y tutorado entienden y discuten los conceptos tras la aproximación conceptual y la práctica	15	18,75
	15.3 Tutor y tutorado entienden y discuten los conceptos aprendidos y ofrecen justificación o ejemplos	45	56,25
	15.4 Tutor y tutorado son capaces de reconstruir el significado del concepto	12	15
	15.5 Tutor y tutorado son capaces de construir el significado del concepto modificando las ideas iniciales	6	7,5
16. AUTOEVALUACIÓN COMO PARTE DE REFLEXIÓN	16.1 No hay actividad de autoevaluación	30	37,5
	16.2 Se autoevalúan de forma individual	12	15
	16.3 Tutor evalúa al tutorado	1	1,25
	16.4 Tutorado evalúa al tutor	7	8,75
	16.5 Tutor y tutorado se evalúan de forma mutua	30	37,5

Tabla 25. Frecuencias y porcentajes del segmento de “Reflexión” de las sesiones de las 20 parejas.

En este segmento, los datos apuntan a que la mayoría de las actuaciones se concentran en los factores que se describen a continuación.

En la D.14, el F.14.3 es en el que se repite la mayoría de las acciones: Tutor y tutorado se escuchan y se comprenden ofreciéndose tiempo para pensar y para que cada uno explique su punto de vista. Se analiza que este factor se da casi de forma unánime en la mayoría de las sesiones, demostrando que tanto tutor como tutorado tienen la capacidad de escucharse y respetar el turno de palabra, pudiendo realizar finalmente una reflexión común que ayude a entender otros puntos de vista diferentes. Esta reflexión común entre tutor y tutorado es un elemento que favorece la toma de conciencia de la propia empatía, ya que se verbalizan las reflexiones del tutor y del tutorado y se les ofrece un tiempo a la pareja para que expresen sus ideas, pudiendo entender ideas ajenas y abriendo su campo de visión sobre otras posibles respuestas a un mismo problema o la oportunidad de debatir sobre un mismo tema. Parece obvio que el contexto de trabajo en pareja favorece enormemente las condiciones para la construcción de un clima de confianza y de escucha activa. Las preguntas sirven como pauta para crear este debate que se convierte, en la mayoría de casos, en una reflexión sobre los conocimientos aprendidos. Un ejemplo de ello se muestra a continuación.

T (tutora lee la pregunta): ¿Por qué crees que la empatía es tan importante para el profesional de enfermería? Porque estás tratando a una persona, si la persona ve que si no se interesan por sus sentimientos o su estado... mmm... no... no va a tener ganas de mejorar.

t: Básicamente porque cuidar a alguien no significa sólo cuidar su cuerpo a nivel fisiológico, sino todas las dimensiones que abarca esa persona. Para ello las trabajamos ¿no?, biopsicosocial y espiritual, o sea... todo. El cuidar de todo abarca el estado emocional que, por supuesto, va a estar relacionado con estado fisiológico del paciente, el estado social que le repercute en el emocional. Su estado familiar también, como se encuentre en ese momento...

T: (asiente todo el rato) Sí, en todos sus aspectos (sigue asintiendo y escribiendo la respuesta en el dossier).

t: Y, sobre todo el espiritual, es decir, el hecho de que un paciente tenga una religión u otra también va a condicionar mucho cómo abarque su situación.

T: Vale, cuidar, curar y no sólo la práctica física... ¿No?, ¿O cómo lo pongo?

t: Sí, no sólo la cura física. (Sesión 1, A-M)

En la D.15, el F.15.3 es en el que se repite la mayoría de las acciones: Tutor y tutorado entienden y discuten los conceptos aprendidos y ofrecen justificación o ejemplos. Un ejemplo de este factor se muestra a continuación.

t: (Tutorada lee la primera pregunta de reflexión) ¿Cuáles han sido tus mayores dificultades a la hora de exponer tu vivencia?

T: Reconocer que tengo emociones negativas... o sea... (En este caso, la tutora explica una vivencia en relación a la cantidad de pastillas que se dan día a día a los pacientes y su visión sobre este gran consumo de productos. Previamente la tutora explica que ella prefiere productos más naturales y que cada vez que da tantas pastillas tiene un sentimiento negativo hacia lo que hace, que también entiende que en muchos casos todas son necesarias. Presenta un conflicto interno entre sus creencias y aquello que hace día a día).

t: Sí, a veces es difícil de entender o reconocer que hay cosas que no te gustan e igualmente las haces, y que, además, yo creo que también te has dado cuenta que en esta profesión hay muchas veces que te va a pasar eso.

T: Sí.

t: Y a veces crea un conflicto de tu persona hacia la profesión, ¿No?, ¿Qué hago, lo que yo creo que haría, o lo que está bien hecho, no?

T: (Asiente).

t: Ya, yo también lo pienso.

T: Sí, sí. (Sesión 6, M-P)

Aunque, por otro lado, se podría esperar que la mayoría de parejas de alumnos hubieran sido capaces de ir algo más lejos y reconstruir el significado del concepto o, incluso, construir uno a partir de las ideas iniciales. Pero esto no ha ocurrido de forma general. Se podría esperar que este tipo de conducta de reconstrucción y de construcción de nuevo conocimiento no se haya dado en mayor grado, como consecuencia de las actuaciones en los segmentos anteriores. Es decir, si previamente el tutor no ha sido capaz de crear material didáctico (con la posibilidad de reconstruir su propio conocimiento) y, sobre todo, no ha tenido en cuenta los conocimientos previos del tutorado a la hora de explicar

el contenido, es difícil que ambos lleguen a un nivel de reflexión sobre el significado del concepto que haga que tengan la capacidad de reconstruir o construir significados nuevos. Éste podría plantearse como uno de los objetivos a mejorar por parte del tutor y que resultaría clave para favorecer la toma de conciencia de la propia empatía y del significado de ésta.

En la D.16, existe una igualdad entre las frecuencias en las que se presentan los factores 16.1 y 16.5. Es decir, las parejas de alumnos o no se evalúan o se evalúan de forma mutua. Pese a que los alumnos sabían que tenían que hacer una autoevaluación al final de cada sesión como ejercicio para la reflexión de cómo estaba funcionando la pareja y de cómo se veían ellos respecto a su evolución en el desarrollo de la empatía, en más de un tercio de las ocasiones esta no se hace. Este dato, que quizá tenga fácil corrección en próximas ediciones del proyecto (ofreciendo más tiempo, recordando la importancia de dicha reflexión, mejorando la pauta o ajustándola) parece haber contribuido, sin duda, a entorpecer la reflexión necesaria para mejorar la competencia empática personal.

Aun así, en otro tercio de ocasiones, las parejas sí siguieron las instrucciones que se dieron al principio del proyecto, y supieron evaluarse. Veamos un ejemplo de ello.

T: A ver, sinceramente no nos lo hemos podido preparar mucho.

t: Aspecto positivos... que somos geniales (se ríe).

T: ¿Qué pongo? Aspectos positivos...

t: Pues que nos hemos entendido muy bien.

T: Aspectos negativos... poco preparado, seamos sinceras.

t: Yo creo que he preguntado, ¿No?

T: Si. Propuestas de mejora... haberlo preparado mejor. (Sesión 5, M-A)

En global, y ofreciendo respuesta a la pregunta planteada en este último apartado, parece que podemos hallar algunos factores en la interacción de las parejas en este tercer segmento que pueden explicar por qué los estudiantes muestran una mejora en la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía, pero esta mejora no ha sido significativa, que guarda relación con la reflexión personal sobre sus experiencias.

Los resultados obtenidos, en términos generales, muestran que los alumnos han sido capaces de construir climas y tiempos para la reflexión y para la expresión y escucha activa de los respectivos puntos de vista, imprescindible para ejercitar la empatía.

Todo ello podría haber influido de manera positiva en favorecer la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía. Pero las reflexiones sobre el significado de los conceptos se han limitado a la discusión, justificada y con ejemplos, de los conceptos aprendidos, con pocas oportunidades de reconstruirlos o recrearlos. En ese sentido, la reflexión ha tenido un carácter correcto, pero superficial.

También, se ha detectado que se podría mejorar el proceso de autoevaluación que realizan los alumnos, de forma que se presentara con más frecuencia el proceso de evaluación mutua, entendiendo la autoevaluación como un ejercicio de reflexión propia y de reflexión hacia aquello que se está tomando conciencia, que es el desarrollo de la propia empatía.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

En este último apartado, se presentan las conclusiones de la investigación realizada, revisando los objetivos generales y específicos que planteábamos al inicio del proyecto. Además, se analizan los objetivos específicos abordando en cada uno de ellos la relación entre los datos obtenidos de forma cuantitativa y los obtenidos mediante el análisis de los datos de forma cualitativa, realizando posteriormente una reflexión sobre los factores que han entorpecido el desarrollo de la empatía desde diferentes vertientes y las posibles mejoras de cada uno de ellos para futuras líneas de investigación. Después de realizar las conclusiones de los objetivos del proyecto, se incluyen la identificación de las limitaciones del trabajo y las posibles soluciones que encontramos que se podrían aplicar fácilmente en un futuro próximo. Finalmente, acabamos el apartado de conclusiones realizando una reflexión sobre la empatía en los profesionales de enfermería y en cómo este elemento precisa ser desarrollado para evitar problemas, tanto en el personal sanitario, como en el cuidado del paciente. Así, comenzamos abordando los objetivos generales planteados en el presente proyecto.

La empatía resulta ser un elemento crucial en las habilidades sociales y comunicativas, habilidad que todo alumno debe desarrollar durante su trayectoria académica, y que, en especial, en el ámbito de la enfermería, la empatía se convierte en una herramienta indispensable de trabajo que puede ofrecer muchos y diversos beneficios, tanto para el profesional sanitario, como sobre todo para el paciente, como para la institución sanitaria en sí. Además, los alumnos, cuando realizan sus prácticas en los hospitales identifican la carencia de formación en este sentido, y la califican como una falta de formación, que la universidad no le proporciona, y que encuentran esencial.

El primer objetivo que ha servido como guía para el desarrollo del proyecto es realizar una revisión conceptual de la empatía y la importancia que tiene el aprendizaje y el desarrollo de ésta dentro de la práctica clínica.

Como se ha visto, la empatía resulta un concepto altamente complejo, con multiplicidad de definiciones y controversia entre muchas de ellas. Esta complejidad ha dificultado que se estudie siguiendo un consenso en el cual se defina qué es lo que se entiende por empatía y qué papel juega dentro del ámbito sanitario (Hojat, 2007 y Mc Kenna *et al*, 2012). Pese a ello, las definiciones de la empatía dentro del contexto sanitario tienen muchas características en común, y puede concebirse como una capacidad

predominantemente cognitiva que tiene la persona que cuida, en este caso el profesional de enfermería, entendiendo al paciente, su mundo interior, sus sentimientos y el contexto en que se encuentra, y además teniendo la capacidad de comunicar ese entendimiento al paciente. En definitiva, la empatía es entender al paciente en todo su ser y desde su mundo interior, sin dejar la objetividad de lado, haciéndole saber que el profesional de enfermería ha entendido las necesidades que presenta y que verbaliza, tanto de forma verbal como no verbalmente (Kunyk y Olson, 2001; Mercer y Reynolds, 2002; Hojat, 2012).

El presente trabajo ha apostado por una definición específica en el ámbito de medicina y enfermería, que entiende la empatía desde tres perspectivas o vertientes: la toma de perspectiva, los cuidados compasivos y ponerse en el lugar del paciente; una visión estudiada y con un impacto positivo muy aceptado por la comunidad investigadora (Hojat, 2012).

A pesar de la relevancia de la empatía, como una competencia transversal interpersonal y comunicativa existe relativo poco conocimiento sobre cómo medirla y sobre cómo desarrollarla en los estudiantes. Quizá se haya comprendido la empatía como un factor vinculado a la personalidad y difícil de modificar. Pero partiendo, como hacemos nosotros, de entenderlo como una habilidad dentro de las competencias transversales interpersonales, y por lo tanto modificable, necesitamos conocer cómo mejorarlo. La medición de la empatía, tal como hemos mostrado revisando en profundidad, todos los instrumentos disponibles, se limita a cuestionarios, en los que los sujetos declaran su grado autopercebido de empatía. Lo cual, como es sabido, reduce la evaluación a lo que el sujeto nos dice. En la investigación hemos contrastado el uso de un de estos cuestionarios, con el análisis de la interacción de las parejas, lo que efectivamente hacían, como forma de contrastar esta limitación. A su vez, el conocimiento sobre actuaciones didácticas para el desarrollo deliberado de la empatía también es limitado y en el marco teórico las hemos recopilado con el objetivo que sirvieran de base para el diseño de una actuación en el marco de la enfermería.

Partiendo de las concepciones socioconstructivistas de la enseñanza y aprendizaje, sabemos que las habilidades sociales complejas, como la empatía, sólo pueden desarrollarse en marcos educativos en los que los aprendices tengan oportunidades de trabajar con otros, en este caso oportunidades a través de actividades de enseñanza y

aprendizaje de ponerse en la piel o en la mente del otro. Por ello, se han revisado a fondo las metodologías cooperativas, en concreto la tutoría entre iguales, entendiendo que la creación de un contexto tranquilo, íntimo, con altas posibilidades de interacción, como el que permite el trabajo cooperativo en pareja, puede ser una metodología potencialmente efectiva para el aprendizaje y desarrollo de la empatía.

Tras una revisión de los estudios que tratan de desarrollar la empatía desde diversas metodologías cooperativas, hemos hallado que la cantidad de trabajos publicados al respecto también es reducida, aunque el aprendizaje cooperativo está siendo implementado crecientemente de forma gradual (Wright, 2003 y Delpier, 2006) y con efectividad respecto a la metodología tradicional.

Centrándonos, en los estudios de tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía vemos que no existen trabajos que exploren profundamente la empatía contextualizada dentro de la relación terapéutica, ni que expliquen detalladamente intervenciones para el desarrollo de ésta en las aulas. Es por ello que se diseñó una intervención específica con carácter innovador y exploratorio para el desarrollo de la empatía, utilizando la tutoría entre iguales como herramienta cooperativa, creando materiales específicos y con una organización muy detallada.

Habiendo referenciado la empatía en el conjunto de competencias transversales y dentro de las competencias interpersonales en la formación inicial de los profesionales de enfermería, y habiendo revisado los trabajos que permiten conocer cómo ayudar a los alumnos a desarrollar su competencia empática, el trabajo que se presenta se proponía el diseño de una intervención didáctica dilatada (por ellos se la ha incluido como un primer objetivo de la investigación), así como su puesta en práctica en un contexto real para conocer sus potencialidades y limitaciones en el desarrollo de la empatía de estudiantes de enfermería.

La presentación de la propuesta didáctica *Empatiza-mi-me con mimo* es el primer resultado de este trabajo, puesto que se significa una aportación. Se trata de una propuesta dilatada e innovadora basada en las evidencias recogidas en el marco teórico con el fin que permite el desarrollo de la empatía en los estudiantes de Enfermería. *Empatiza-mi-me con mimo* consta de 6 sesiones de una hora de duración por sesión. Cada semana los alumnos realizan dos sesiones para que tanto el alumno A como el B tengan la oportunidad de ser tutor y tutorado, impartiendo estas sesiones durante 3 semanas

consecutivas en su periodo de prácticas clínicas. Tras una sesión de formación inicial y constitución de las parejas, comienzan las sesiones semanales. Todas las sesiones analizadas siguen una estructura determinada por el reloj de actividades, el cual ha sido diseñado para que el alumno sepa lo que deben realizar durante cada parte de la sesión. Recapitulando las partes de cada sesión que mostrábamos en el reloj de actividades, recordamos de nuevo la secuencia y el tiempo establecido: 5' formación previa, 10' parte explicativa, 30' parte práctica, 5' *feedback* y 10' reflexión. Además de guiar la actividad siguiendo el reloj de actividades, al alumno se le ofrece un dossier de aprendizaje que guía la práctica de cada una de las sesiones (adjuntado en Anexo 1 y 2). El dossier está estructurado siguiendo el reloj de actividades. De esta forma, la primera parte del dossier indica los materiales que el alumno tutor debe trabajar previamente a la sesión y material de ampliación por si el tutor quisiera ampliar sus conocimientos. Después se definen las funciones del tutor y del tutorado, así como recomendaciones previas para que el tutor sepa cuál es su responsabilidad y qué se espera que el tutorado aprenda con la ayuda de su tutor. Estas primeras dos partes corresponderían al análisis de la primera pregunta, constituirán en el estudio cualitativo el primer segmento de análisis que hemos llamado aproximación conceptual, donde se observa la conducta del tutor en relación al desarrollo conceptual de la empatía.

Tras estos primeros 15' la sesión de tutoría entre iguales se centra en el desarrollo de una práctica para poner en juego la empatía, que corresponde a los 30' siguientes. Para desarrollar correctamente la práctica y dar al tutor todas las herramientas indispensables para llevar a cabo la actividad, en el dossier se ofrecen los apoyos y recurso necesarios. En el estudio cualitativo, analizamos este segundo segmento para dar respuesta a la segunda pregunta planteada en los objetivos específicos, sobre el desarrollo de la empatía desde una perspectiva más emocional. Por último, la sesión de tutoría entre iguales se cierra con un bloque de 15' de *feedback* y preguntas de reflexión. En el estudio cualitativo se ha analizado este segmento, llamado reflexión, y que a través del cual podemos dar respuesta a la tercera pregunta de investigación donde se estudia la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía. En última instancia, el proyecto tiene una última sesión, llamada sesión final donde se concluye la intervención y despedida.

El segundo objetivo, como se ha dicho, se centra en explorar la potencialidad de la propuesta didáctica diseñada para desarrollar la empatía en enfermería. Para ello, a través de una metodología mixta, en concreto de un estudio secuencial explicativo que detecta posibles cambios a través de un estudio cuantitativo y los explica a través de uno cualitativo, se concretaron una hipótesis y tres preguntas de investigación. La hipótesis esperaba que todo el alumnado participante en el proyecto *Empatiza-mi-me con mimo* demostrará un mayor grado de empatía, obteniendo diferencias estadísticamente significativas en el pre-test de un cuestionario auto-administrado de empatía (JSPE-versión S), mientras se espera que en el grupo de comparación no ocurra.

Los resultados del estudio cuasi-experimental permiten aceptar la hipótesis y muestran que la intervención creada, basada en la tutoría entre iguales para el desarrollo de la empatía, es efectiva y tiene una potencialidad positiva, mostrando una mejora estadísticamente significativa entre los resultados pre-test y post-test que no muestra el grupo de comparación. Esta mejora, sin embargo, se debe sobre todo al incremento en la Toma de Perspectiva, más que en Cuidado Compasivo y en Ponerse en el lugar del Paciente.

Para poder ofrecer una explicación a estos cambios e identificar qué elementos de la interacción, a lo largo de los tres segmentos que constituyen la sesión de tutoría entre iguales, contribuyen al desarrollo de la empatía de los estudiantes, se han presentado los resultados del estudio cualitativo, consistente en el análisis de la interacción de la parejas, para tratar de responder a las tres preguntas de investigación, las cuales tratan de identificar qué actuaciones de la interacción en cada uno de los tres segmentos de la sesión de tutoría entre iguales favorecen o entorpecen el desarrollo de la empatía.

Respecto a la primera pregunta, correspondiente al segmento que está relacionado con la aproximación conceptual de la empatía, los resultados cualitativos deberían poder explicar la mejora cuantitativa hallada, que como se ha visto, se centra en una mejora muy notable en la dimensión de Toma de Perspectiva del test utilizado.

El análisis de la interacción ha permitido identificar las actuaciones responsables de dicha mejora: la creación de un contexto que ha permitido que el alumno tutor haya entendido los conceptos complejos (en su trabajo previo a la sesión), y los haya profundizado a través de sintetizar la información y explicarla con sus propias palabras, realizando preguntas para saber conocimientos previos de su tutorado y despertando la motivación

del tutorado. Parece que la tutoría entre iguales se ha mostrado efectiva para desarrollar el conocimiento de conceptual de la empatía en el tutor a través de aprender enseñando a su compañero, y en el tutorado a través de recibir una ayuda personalizada y ajustada de su compañero tutor.

Peo también se han identificado actuaciones que ha entorpecido el desarrollo conceptual de la empatía, y que, por tanto, señalan elementos de mejora. Conviene ayudar a los tutores a poner el juego los conocimientos previos de los tutorados para construir nuevo conocimiento, comprobar que haya una comprensión de aquello que se explica y guiar de la sesión. Veamos con más detalle, como nos ofrecen guías para mejorar la propuesta.

Utilizar los conocimientos previos para la construcción de nuevo conocimiento es un elemento muy relevante, dentro de la manera de entender el andamiaje en el aprendizaje. Pero esta debilidad, identificada como tal hasta ahora, puede ser mejorada si se le recalca al tutor en la primera sesión esta necesidad y, a partir de ahí, se le ofrece apoyo para explicar el contenido al tutorado, incorporando sus conocimientos previos (en forma de ideas, concepciones o experiencias, para construir a partir de ellos nuevos significados.

Respecto a la limitada comprobación de los conocimientos que el tutorado va adquiriendo, los resultados indican que, en este primer segmento, se entendieron y se asumieron los roles, pero el tutor no favoreció una retroalimentación suficiente de la información, limitándose a ofrecer una explicación unidireccional. Este elemento entorpecedor se podría mejorar si el tutor entiende la importancia de comprobar que aquello que explica se entiende, de forma que brinde oportunidades de aprendizaje al tutorado permitiéndole que pregunte o realizando él mismo preguntas de comprobación para la adquisición de conocimientos.

En último lugar, respecto el escaso guiado de la interacción, este segmento, el control del tiempo y de la organización ha recaído excesivamente en la docente. Posiblemente, esta actuación entorpecedora tenga fácil solución, ya que la docente debe trabajar con el alumno tutor la gestión y el guiado de la actividad antes de iniciarla y transferir esta responsabilidad a la pareja de forma gradual, a lo largo de las sesiones.

Como conclusión de la segunda pregunta de investigación que nos planteamos, ¿Qué actuaciones de la pareja ayudan o entorpecen el desarrollo emocional de la empatía?, este estudio nos permite conocer actuaciones responsables de la mejora en el desarrollo

emocional de la empatía: la capacidad del tutor en considerar los objetivos propuestos de la actividad y tenerlos en cuenta a la hora de realizar la práctica y mostrarse colaborador con el tutorado durante la práctica, teniendo una actitud positiva y de ayuda hacia el aprendizaje. Esta motivación por parte del alumnado resulta clave ya que, sin una predisposición hacia el aprendizaje y hacia la ayuda mutua, la participación en prácticas que pretenden que el estudiante ponga en juego habilidades sociales complejas vinculadas al desarrollo de la empatía, resultaría imposible.

A su vez, hemos constatado que las actuaciones que han entorpecido el desarrollo emocional de la empatía pueden tener que ver con la excesiva ayuda que en muchas ocasiones el tutor ofrece al tutorado, hecho que ha podido dificultar las posibilidades de aprendizaje del tutorado. Pero sobretodo con la falta de guiado de la práctica, semejantemente a lo que ha ocurrido con el primer segmento en el guiado de la interacción. El hecho de que los alumnos tutores deleguen en la profesora el guiado de la práctica, parece haber contribuido a ver las actividades prácticas de la sesión como meros ejercicios, en lugar de como propuestas auténticas en la que ambos alumnos, aprovechando el marco de relación de confianza e intimidad creado en la pareja, son capaces de compartir intercambios emocionales profundos. Seguramente, la actuación de la docente haya podido contribuir a dicho problema, potenciando poco el traspaso de autonomía en la dirección de la actividad por parte del estudiante tutor. En todo caso, ello muestra una línea clara de mejora de la propuesta didáctica.

Los resultados cualitativos de este segmento de la sesión podrían guardar relación con los resultados cuantitativos de la no mejora en la dimensión de Cuidados Compasivos del test autoadministrado. En los datos cuantitativos se muestra una mejora de esta dimensión, sin llegar a ser estadísticamente significativa, y los motivos que pueden haber influido son los que ya hemos indicado.

En último lugar, la conclusión que se extrae de la tercera pregunta, relativa al segmento de reflexión, sobre qué elementos favorecen la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía, identificamos que los alumnos han sido capaces de reflexionar de forma conjunta, ofreciéndose tiempo para pensar y para que cada uno explicara su punto de vista. En este sentido, el formato de interacción rica que promueve la tutoría entre iguales, a través del trabajo cooperativo en pareja, parece haber cumplido su objetivo para promover un espacio de reflexión.

Sin embargo, los resultados también apuntan que los alumnos hacían una reflexión sobre el significado de los conceptos de forma superficial, entendiendo y discutiendo los conceptos aprendidos, pero sin tener la capacidad de reconstruir significados. Esta falta de reflexión profunda parece relacionada con la falta de construir conocimiento nuevo por no explorar los conocimientos previos y realizar un andamiaje, que hemos apuntado en el segmento anterior. Es decir, las actuaciones que han entorpecido el desarrollo conceptual de la empatía también han entorpecido la toma de conciencia sobre el desarrollo de la propia empatía. Además, algunas parejas no se han autoevaluado, hecho que dificulta una toma de conciencia si no hay un proceso de reflexión propio al respecto. Una manera de favorecer la toma de conciencia de la propia empatía sería realizando reflexiones más profundas, quizás ofreciendo más tiempo a la pareja para la reflexión durante esta parte del segmento, y haciendo imprescindible el ejercicio de que la pareja se autoevalúe en cada sesión.

Tras valorar la contribución del marco teórico y las aportaciones de la investigación tras el análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, pasamos a exponer las implicaciones que el presente proyecto puede aportar para la investigación.

A pesar de la limitación del estudio, los resultados de la aplicación de la propuesta de intervención innovadora nos permiten ver que han tenido un efecto positivo en el desarrollo de la empatía, especialmente en la dimensión conceptual, y, sobretodo nos ha permitido conocer las actuaciones que hace la pareja para mejora de la empatía, o que, por el contrario, han entorpecido el desarrollo de ésta, ya sea a nivel cognitivo, emocional o tomando conciencia del propio desarrollo de la empatía. Mediante la intervención, se ha ordenado las contribuciones conceptuales y prácticas sobre los procesos que contribuyen al desarrollo de la empatía que han permitido tomar decisiones informadas para el diseño de la intervención práctica. El proyecto resultante, después de ser llevado a la práctica y estudiada su potencialidad, permite disponer de un recurso didáctico basando su efectividad en evidencias, que se puede poner a disposición del profesorado de las facultades de Enfermería como instrumento práctico que facilite el desarrollo de la empatía.

Si nos centramos en las posibilidades de uso de esta intervención, se abre un amplio abanico de posibilidades ya que la empatía es un elemento transversal que debe desarrollar todo el alumnado, sin importar el Grado escogido. Lógicamente,

consideramos que los Grados que se encuentran dentro de ciencias de la salud tienen un papel más relevante, ya que la materia con la que se trabaja son los seres humanos, complejos de entender y de tratar, con contextos tan diferentes como personas haya. Por lo tanto, la aplicabilidad de esta intervención puede ser a cualquier Grado. pero sobre todo suma relevancia grados como, medicina, enfermería, odontología, podología, fisioterapia y también grados más sociales como psicología, pedagogía, trabajo social y educación entre otros.

En este caso, se podría considerar que la empatía es el pincel del pintor, es la pluma del escritor, y en nuestro caso, el buen cuidar depende de nuestro grado de empatía y todo lo que conlleva, pues cuidar, también es un arte.

No cabe decir, que el proyecto didáctico puede tener un gran valor también para incorporar actuaciones similares en otras facultades, puesto que la empatía se presenta como el elemento clave de las habilidades sociales y comunicativas, habilidades que todo universitario debe adquirir durante el transcurso de sus estudios universitarios como elemento troncal en la educación. Creemos también, que con los debidos ajustes, podría también servir de guía para elaborar un proyecto similar para estudiantes de la enseñanza obligatoria, en la cual la empatía también forma parte de habilidades sociales complejas que conforman las competencias básicas.

La investigación sobre la propuesta didáctica diseñada, no sólo permite disponer de un proyecto práctico fundamentado, sino que además ha permitido explorar y mostrar cómo la tutoría entre iguales se presenta como un mecanismo de aprendizaje óptimo para el desarrollo de la empatía de forma conceptual y para el desarrollo de la empatía desde la vertiente más emocional y toma de conciencia de la misma. El trabajo cooperativo en pareja, en la que se basa la tutoría entre iguales, parece óptimo para permitir la interacción cara a cara o interacción de alta calidad entre los componentes del equipo, que Johnson y Johnson (Johnson y Johnson, 2014) situaban como un elemento clave del aprendizaje cooperativo.

Tal y como remarcábamos en el primer bloque de este proyecto, resulta difícil desarrollar la empatía en una clase tradicional o con una metodología individualista. La oportunidad de que exista una rica interacción entre alumnos, con la posibilidad máxima de relación uno a uno, potencia las probabilidades de construir conocimiento de forma conjunta, en vez de limitarse a reproducirlo. Las habilidades sociales complejas, como la empatía,

requieren oportunidades de puesta en práctica a través del trabajo con otros, en la que como se ha pretendido deliberadamente con la propuesta didáctica, los estudiantes tengan oportunidades de ponerse en la piel del otro.

Pero, además, los resultados han permitido constatar, una vez más, cómo los estudiantes pueden actuar de tutores de sus compañeros y ofrecer la posibilidad de crear esos marcos reducidos uno a uno de interacción para la enseñanza y el aprendizaje, a los que nos referíamos. Esa relación privilegiada uno a uno permite la personalización necesaria para facilitar el aprendizaje del tutorado.

Pero al mismo tiempo hemos podido contrastar como los alumnos tutores aprenden enseñando (Duran, 2014). Empezando con la preparación previa de la sesión, a través del estudio de los materiales que el docente le ofrece y que hemos constatado que prepara previamente, organizan sintéticamente aquello que han entendido de los materiales, organizándolo para ser explicado y, apoyándolo además con materiales didácticos creados por ellos.

Y siguiendo el concepto de *aprenseñar* o aprender enseñando, el tutor utiliza las interacciones que se producen durante la sesión de tutoría, ofrecido ayuda pedagógica al compañero tutorado, para aprender profundamente el contenido. El alumno tutor, apoyado con los recursos que se ha creado, ofrece ayuda al tutorado para la comprensión de conocimientos en relación a la empatía y al papel de la empatía en la relación terapéutica, hecho que sólo se puede hacer si se reflexiona sobre ello. Este proceso requiere de una actividad meta-cognitiva muy importante que explica la mejora de los alumnos, ya que ambos desarrollan alternativamente el rol de tutores. Sin embargo, los resultados indican que esta actividad meta-cognitiva podría haber sido más profunda, porque siguiendo a Roscoe y Chi (2007), parece que los tutores realizan más la labor de “decir” el conocimiento que de construirlo reflexivamente. Estos autores, concluyen que decir el conocimiento repercute de forma positiva en el aprendizaje del propio tutor al afianzar el recuerdo, y es la base del proceso de construcción de nuevo conocimiento, pero los tutores podrían ir más allá aprovechando su rol de tutor y construir nuevo conocimiento. La buena noticia es que en la formación inicial del alumnado puede recomendarse actuaciones para dicha mejora.

En esta misma cuestión, el aprendizaje profundo de los tutores a través de aprender enseñando, los resultados indican que, en muchas ocasiones, los alumnos tutores no

realizan preguntas de comprensión para comprobación de conocimientos del tutorado, sino que la mayoría de las acciones, son o que no hay preguntas de comprensión, o que sólo el tutorado formula preguntas y el tutor se limita a responderlas. En su revisión exhaustiva de investigaciones sobre tutoría entre iguales, Roscoe y Chi (2007) hallan resultados similares a lo ocurrido en el presente proyecto, y es que los alumnos no suelen cuestionar, entendido como el acto de preguntar y responder, de forma profunda. Los resultados del presente proyecto señalan que los alumnos tutores preguntan en la fase de conocimientos previos para explorar, pero no realizan cuestiones para comprobar conocimientos adquiridos durante la sesión. Tal y como concluyen estos autores, cuestionar puede promover la implicación de los tutores en la construcción reflexiva de conocimiento y en su aprendizaje. Y responder cuestiones profundas puede ayudar al tutor a superar la fase de decir el conocimiento y tener la oportunidad de construirlo.

No queríamos cerrar estas conclusiones sin comentar algunas posibles mejoras de la presente investigación, para tomar conciencia de ellas y explicitar elementos de mejora en próximas líneas de investigación.

La primera de ellas se encuentra en la muestra, reducida, aunque suficiente en función de trabajos precedentes similares, pero que quizás podríamos haber cruzado turnos y situaciones (intervención y comparación) para controlar mejor la posible variable centro. Para ello, nos planteamos en un futuro poder trabajar con más centros sanitarios asociados a la UB, implementando esta intervención y realizando un estudio sobre la potencialidad de esta intervención en otros centros, teniendo en cuenta que en un mismo centro podemos trabajar con un grupo de comparación y con un grupo de intervención, al mismo tiempo.

En cuanto al estudio cualitativo una limitación ha sido la exclusión del análisis de la interacción de las sesiones 3 y 4, tal como se explicó, porque tomaban una forma distinta a las anteriores. En estas dos sesiones se redujo el segmento de aproximación conceptual, ya que las prácticas consistían en realizar juegos de rol entre la pareja con situaciones y casos reales que permitiera a los alumnos poner en juego su empatía de la forma más práctica y dinámica posible, obteniendo la parte práctica de la sesión un mayor protagonismo. Al seguir un patrón diferente, que no se ajustaba a las de los segmentos ni al sistema de dimensiones y factores, se decidió no analizarlo. Disponer, sin embargo de dichos datos, permite, contemplar la posibilidad de realizar un estudio inmediato del

análisis de estas sesiones para ver si el comportamiento de las parejas tiene rasgos diferentes a los encontrados.

Para concluir este apartado, es necesario realizar una reflexión sobre cómo repercute el ser un profesional empático con la relación que establecemos con el paciente y con nosotros mismos. Volviendo al marco teórico, se documenta el *burnout* como un problema que aparece en el personal sanitario, secundario al agotamiento mental o al excesivo contexto emocional con cargas negativas en el que se trabaja. El profesional de enfermería, para evitar padecerlo, crea una barrera o un escudo que no permite que los sentimientos de los demás le afecten, evitando así implicarse con el paciente y perdiendo el grado de empatía de forma periódica.

Ashar, Andrews-Hanna, Dimidjian y Wager (2017) en un estudio muy reciente que realizan a través de marcadores en las resonancias magnéticas para averiguar qué campos neurológicos se activan cuando el ser humano desarrolla su empatía o desarrolla su compasión, revela que estudiar la empatía es un tema clave, ya que un excesivo sufrimiento de empatía conduce al agotamiento del personal sanitario, y a un comportamiento de rechazo, posiblemente debido a compartir el padecimiento de los otros. Los autores entienden que los marcadores pueden ayudar a los profesionales sanitarios a saber cómo están empatizando y cómo pueden reconducir sus emociones para evitar crear el rechazo.

En esa misma línea, las conclusiones de nuestro trabajo parecen también coincidir en con esa otra perspectiva neurocientífica, en señalar que la clave está en que el profesional de enfermería sepa desarrollar y gestionar su empatía, no tanto su simpatía. No se trata de formar un profesional de enfermería que se identifique y se implique con cada una de las problemáticas de cada uno de los pacientes a los que atiende, sino que verdaderamente desarrolle la capacidad empática, como aquella que ya hemos descrito anteriormente: la capacidad de entender al paciente, hacerle saber que lo está entendiendo, pero que, aunque se pone en sus zapatos, en ningún caso será sus pies. Un profesional con capacidad de empatía, y que la gestiona reflexivamente, Si perdemos la objetividad del contexto en el que trabajamos, perderemos la capacidad de gestión de problemas, de conflictos, la capacidad de gestionar emociones y autogestionar nuestras emociones, lo cual nos puede llevar a no comprender al paciente desde todas las perspectivas, ya que podríamos perder la objetividad de la situación. Pero, para que esto no ocurra es

indispensable que exista una formación desde las universidades, que guíe al alumno en su construcción de una relación terapéutica con el paciente, protegiendo al alumno de un entorno donde los sentimientos son fácilmente contagiosos y que pueden vulnerar tanto al alumno, como la calidad asistencial que se le ofrece al paciente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., y Hojat, M. (2005). Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28 (5), 57–63.

Alexander, F., y Runciman, P. (2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermería generalista. Consejo Internacional de enfermeras*. Ginebra: CIE.

Ançel, G. (2006). Developing empathy in nurses: An in-service training program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (6), 249–257.

ANECA. (2003). *Programa de convergencia europea. El crédito europeo*. Madrid: Aneca.

ANECA. (2004). *Libro Blanco. Título de grado de enfermería*. Madrid: Aneca.

Aradilla, A., Antonin, M., Fernández, P., y Flor, P. (2008). *Competències en infermeria. Perfil formatiu basat en competències*. Bellaterra (Barcelona): Universitat Autònoma de Barcelona.

Arco-Tirado, J., Fernández-Martín, F., y Fernández-Balboa, J. (2011). The impact of a peer-tutoring program on quality standards in higher education. *High Education*, 62, 773-788.

Arroyo, M., Rocandio, A., Ansotegui, L., Pascual, E., y De la Pera, C. (2008). Cooperative learning strategies to teach nutrition to geriatric nursing staff. *Organo oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición*, 58 (1), 27-32.

Arthur, D. (1999). Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: the development and testing of a rating scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 658-665.

Ashar, Y. K., Andrews-Hanna, J. R., Dimidjian, S., y Wager, T. D. (en prensa). *Towards a neuroscience of compassion: A brain systems-based model and research agenda*. In: Greene, J. (Ed.), *Positive Neuroscience Handbook*. Oxford University Press.

Barberá, E. (Ed.). (2003). *El Constructivismo en la práctica*. Barcelona: Graó.

Baron-Cohen, S., Hoekstra, A., Knickmeyer, R., y Wheelwright, S. (2006). The autism-spectrum quotient (AQ) adolescent version. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (3), 343-350.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., y Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (2), 241–251.

Batista, L.M., y Rodrigo M.J. (2002). ¿Es el conflicto cognitivo el único beneficio de la interacción entre iguales? *Infancia y Aprendizaje*, 25 (1), 69-84.

Baghcheghi, N., Koohestani, H., y Razaeei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing student's communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, doi:10.1016/j.nedt.2011.01.006

Batt-Rawden, S.A., Chisolm, M.S., Anton, B., y Flickinger, T.E. (2013). Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88 (8), 1171–1177.

Bautista, J.G. (2003). La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior: entre el reto y la resistencia. *Aula Abierta*, 82, 173-189.

Becker, M., y Neuwirth, J. (2002). Teaching strategy to maximize clinical experience with beginning nursing students. *Journal of Nursing Education*, 41 (2), 89-91.

Beckman, H., y Frankel, R. (1984). The effect of physician behaviour on the collection data. *Annual International Medicine*, 101, 692-696.

Beckman, H.B., y Frankel, R.M. (2003). Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. *Patient Education and Counseling*, 50 (1), 85–89.

Benavides, O. (2002). *Competencias y competitividad, diseño para organizaciones latinoamericanas*. Colombia: Nomos.

Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in Clinical Nursing*. Addison Wesley: Menlow Park.

Bennett, P., Parker, S., y Smigiel, H. (2012). Paired peer review of university classroom teaching in a school of nursing and midwifery. *Nurse Education*, 32, 665-668.

Berghamans, I., Neckebroek, F., Dochy, F., y Struyven, K. (2013). A topology of approaches to peer tutoring. Unraveling peer tutor's behavioural strategies. *European Journal Psychology Education*, 28, 703-723.

Bin-Yuan, H., Williams, B., Yin, L., Liu, M., Fang, J., y Pang, D. (2011). Nursing student's views on the effectiveness of problem-based learning. *Nurse Education Today*, 31, 577-581.

Blowers, S., Ramsey, P., Merriman, C., y Grooms, J. (2003). Patterns of peer tutoring in nursing. *Journal of Nursing Education*, 42 (5), 204-210.

Bohart, C., Elliot, R., Greensberg, L.S., y Watson, J.C. (2002). Empathy. En: J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp.89-108). New York: Oxford University Press.

Bolívar, A. (2003). El desarrollo de las actitudes. En C. Coll., J. I. Pozo., y A. Bolívar (comps), *El constructivismo en la práctica* (3ª. ed, pp.47-55). Barcelona: Graó.

Bombeke, K., Van Roosbroeck, S., De Winter, B., Debaene, L., Schol, S., Van Hal, G., et al. (2011). Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships. *Patient Education and Counselling*, 84 (3), 310–318.

Booth, K., Maguire, P., y Hillier, V. (1999). Measurement of communication skills in cancer care: Myth or reality? *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 1073-1079.

Borrell, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 136 (9), 390-397.

Bos, S. (1998). Perceived benefits of peer leadership as described by junior baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37 (4), 189-191.

Bowles, N., Mackintosh, C., y Torn, A. (2001). Nurses' communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 347-354.

Brannagan, K., Dellinger, A., Thomas, J., Mitchell, D., Lewis-Trabeaux, S., y Dupre, S. (2013). Impact of peer teaching on nursing students: Perceptions of learning environment, self-efficacy, and knowledge. *Nurse Education Today*, 33, 1440-1447.

Brown, T., Boyle, M., Williams, B., Molloy, A., Palermo, C., McKenna, L., et al. (2011). Predictors of empathy in health science students. *Journal of Allied health*, 40 (3), 143-149.

Brunero, S., Lamont, S., y Coates, M. (2010). A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17 (1), 65-74.

Buchs, C., Butera, F., y Mugny, G. (2004). Resource Interdependence, Student Interactions and Performance in Cooperative Learning. *Educational Psychology*, 24 (3), 291-314.

Buchs, C., y Butera, F. (2009). Is a partner's competence threatening during dyadic cooperative work? It depends on resource interdependence. *European Journal of Psychology of Education*, 14 (2), 145-154.

Buchs, C., Gilles, I., Dutrévis, M., y Butera, F. (2011). Pressure to cooperate: Is positive reward interdependence really needed in cooperative learning?. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 135-146.

Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1, 8-14.

Burnard, P., y Morrison, P. (2005). Nurse's perceptions of their interpersonal skills: A descriptive study using six category intervention analysis. *Nurse Education Today*, 25, 612-617.

Cano, M.E. (2008). La evaluación por competencias en la educación superior. *Profesorado*, 12 (3), 1-16.

Carey, C., Kent, B., y Latour, J. (2016). The role of peer-assisted learning in enhancing the learning of undergraduate nursing students in clinical practice: a qualitative systematic review protocol. *Journal of Biomedical Informatics*, 14 (7), 117-123.

Carlisle, C., Luker, K., Davies, C., Stilwell, J., y Wilson, R. (1999). Skills competency in nurse education: Nurse managers' perceptions of diploma level preparation. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1256-1264.

Carpnera, A. (2015). *L'educació de l'empatia és possible: Intel·ligència emocional per a un món millor*. Vic: Eumo Editorial.

Carreras, J. (2009). *Guia per a l'avaluació de competències en medicina*. Barcelona: Àgata Segura Castellà.

Carreras, J., y Perrenoud, P. (2005). *El debat sobre les competències en l'ensenyament universitari*. Barcelona: ICE Universitat de Barcelona.

Cason, G., y Bartruck, D. (1977). Peer instruction in professional nurse education: a qualitative case study. *Journal of Nursing Education*, 19 (7), 10-22.

CECA. (1992). *Tratado de la Unión Europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., Russel, G., y Webb, C. (2002). Communication skills training in healthcare: a review of the literature. *Nurse Education Today*, 22, 189-202.

Cheek, J., y Jones, J. (2003). What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. *Nurse Education Today* 23, 40-50.

Chen, D., Kirshenbaum, D. S., Yan, J., Kirshenbaum, E., y Aseltine, H. (2012). Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*, 34 (4), 305-311.

Chen, D.C., Lew, R., Hersman, W., y Orlander, J.D. (2007). A Cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal Gen Intern Medicine*, 22 (10), 1434-1438.

- Cheng, Y., Kawachi, I., H-Coakley, E., Schwartz, J., y Colditz, G. (2000). Association between psychological work characteristics and heat functioning in American women: Prospective study. *British Medical Journal*, 320, 1432-1436.
- Chi, M., Siler, S., Jeong, H., Yamauchi, T., y Hausmann, R. (2001). Learning from human tutoring. *Cognitive Science*, 25, 471-533.
- Ching-Lan, E., Chen, S.L., Chao, S.Y., y Chen, Y.C. (2013). Using standardized patient with immediate feedback and group discussion to teach interpersonal and communication skills to advanced practice nursing students. *Nurse Education Today*, 33, 677-683.
- Chiu-Ming, T., Kolomitro, K., y Alamparambil, F. (2011). Empathy Training: Methods, Evaluation Practices, and Validity. *Journal of Multidisciplinary Education*, 7 (16), 1556-1580.
- Christiansen, A., y Bell, A. (2010). Peer learning partnerships: exploring the experience of pre-registration nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 803-810.
- Çinar, N., Cevahir, R., Şahin, S., Sözeri, C., y Kuşuoğlu, S. (2007). Evaluación de la habilidad de empatía de los estudiantes en relación a los grupos por ellos asistidos. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 9 (3), 588-595.
- Clèries, X., Nadal, J., y Branda, L. (2006). Formar en comunicació a los estudiantes de medicina. A propósito de un seminario para profesores universitarios. *Educación Médica*, 9 (1), 2-5.
- Coll, C. (1984). Estructura grupal, interacción entre alumnos y aprendizaje escolar. *Infancia y aprendizaje*, 27, 119-138.
- Coll, C. (1990). *Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento*. Barcelona: Paidós.
- Coll, C. (2003). Constructivismo e intervención educativa. ¿Cómo enseñar lo que ha de construirse? En C. Coll, J.I. Pozo, A. Bolívar (comps), *El constructivismo en la práctica* (3ª ed, pp.11-30). Barcelona: Graó.
- Comfort, P. (2011). The effect of peer tutoring on academic achievement during practical assessments in applied sports science students. *Innovations in Educational and Teaching International*, 48 (2), 207-211.
- Consejo de Coordinación Universitaria. (2006). *Propuesta para la renovación de las metodologías universitarias*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Coulehan, J.L., Platt, F.W., y Egener, B. (2001). “Let me see if I have this right”: words that help build empathy. *Annals Internal Medicine*, 135, 221–227.
- Crespo, C. M. (2011). La ayuda entre iguales favorece el aprendizaje de los alumnos y la interacción contextual. *Enseñanza & Teaching*, 29 (2), 147-164.

Crespo, M.C. (2010). *Tutoría y Orientación Educativa*. Madrid: Wolters Kluwer España.

Creswell, J.W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., y Meneghini, M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016–2025.

Cutcliffe, J., y Cassedy, P. (1999). The development of empathy in students on a short, skills based counselling course: a pilot study. *Nurse Education Today*, 19, 250-257.

Damon, W., y Phelps, E. (1989). Critical distinctions among three approaches to peer education. *International Journal of Educational Research*, 13 (1), 9-19.

Daniels, G., Denny, A., y Andrews, D. (1988). Using microcounseling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication. *The Journal of Nursing Education*, 27 (6), 246–252.

Dasgupta, S., y Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medical*, 79 (4), 351–356.

Davis, C. (1990). What is empathy and can empathy be taught? *Physical Therapy*, 70, 701-715.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 1-19.

Davis, M.H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO, US: Westview Press.

De la Cruz, M. (2005). *Taller sobre el proceso de aprendizaje-enseñanza de competencias*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

DeClute, J., y Ladyshevsky, R. (1993). Enhancing Clinical Competence Using a Collaborative Clinical Educational Model. *Physical Therapy*, 73 (10), 683-697.

Delors, J.A. (coord). (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid: Santillana-UNESCO.

Delpier, T. (2006). Cases 101: Learning to teach with cases. *Nursing Education Perspectives*, 27 (4), 204-209.

Deutsch, M. (1949). A theory of co-operation and competition. *Human Relations*, 2, 129-152.

- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgi, A., y Kleijnen, S. (2001). Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 357, 757-762.
- Díaz, F. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista*. México: Mc-Graw Hill.
- Díaz, M. (2005). *Modalidades de enseñanza centradas en el desarrollo de las competencias*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Ding, N., y Harskamp, E. (2010). Collaboration and Peer Tutoring in Chemistry Laboratory Education. *International Journal of Science Education*, 33 (6), 839-862.
- Durá, M.J. (2013). *La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería*. Tesis doctoral, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid.
- Duran, D. (2009). Aprender a cooperar. Del grupo al equipo. En J.I. Pozo. Del P. Pérez. *La psicología del aprendizaje universitario: la formación en competencias*. Madrid: Ediciones Morata.
- Duran, D. (2012). Utilizando el trabajo en equipo. Estructurar la interacción a través de métodos y técnicas. En: Torrego, J.C., y Negro, A. (coords.). *Aprendizaje cooperativo en las aulas. Fundamentos y recursos para su implementación* (pp. 139-166). Madrid: Alianza Editorial.
- Duran, D. (2014). *Aprender a enseñar: Evidencias e implicaciones educativas de aprender enseñando*. Madrid: Narcea.
- Duran, D., Blanch, S., Corcelles, M., Flores, M., Merino, E., Oller, M., et al. (2009). *Llegim en parella. Tutoría entre iguals, a l'aula i a casa, per a la millora de la competència lectora*. Barcelona: ICE de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Duran, D. (2009). El aprendizaje entre alumnos como apoyo a la inclusión. En C. Giné (coord). *La educación inclusiva. De la exclusión a la plena participación de todo el alumnado*. Barcelona: Horsori.
- Duran, D., y Utset, M. (2014). Red Leemos en pareja: un modelo de formación basado en el aprendizaje entre iguales (parejas de profesores y redes de centros) para la sostenibilidad de la innovación educativa. *Cultura y Educación*. 26, 2, 377-384.
- Duran, D., y Vidal, V. (2004). *Tutoría entre iguales: de la teoría a la práctica*. Un método de aprendizaje cooperativo para la diversidad en secundaria. Barcelona: Graó.
- Duran, D., y Monereo, C. (2005). Styles and sequences of cooperative interaction in fixed and reciprocal peer tutoring. *Learning and Instruction*, 15, 179-199.
- Echeita, G. (1995). El aprendizaje cooperativo. Un análisis psicosocial de sus ventajas respecto a otras estructuras de aprendizaje. En: A. P. Fernández y M.A. Melero (comps.), *La interacción social en contextos educativos*. Madrid: Ed. S. XXI.

Echeita, G. (2012). El aprendizaje cooperativo. Un análisis psicosocial de sus ventajas respecto a otras estructuras de aprendizaje. En: Torrego, J.C., y Negro, A. (coords.). *Aprendizaje cooperativo en las aulas. Fundamentos y recursos para su implementación* (pp. 21-44). Madrid: Alianza Editorial S.A.

Edwards, N., Peterson, W., y Davies, B. (2006). Evaluation of a multiple component intervention to support the implementation of a “Therapeutic Relationships’ best practice guideline on nurses’ communication skills. *Patient Education and Counseling*, 63, 3-11.

Egido, I. (2013). La política educativa de la unión europea: Principales etapas de desarrollo. *Revista Tendencias pedagógicas*, 2, 19-29.

Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665-697.

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., y Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359, 650–656.

Fantuzzo, J., King, J., y Heller, L. (1992). Effects of reciprocal peer tutoring on mathematics and school adjustment: A component analysis. *Journal of Education Psychology*, 84 (3), 331-339.

Fantuzzo, J., Polite, K., y Grayson, N. (1990). An evaluation of reciprocal peer tutoring across elementary school settings. *Journal of School Psychology*, 28, 309-323.

Faure, M., Unger, M., y Burger, M. (2002). Physiotherapy student’s perceptions of an innovate approach to clinical practice orientation. *Sa Journal of Pysioterapia*, 58 (2), 3-8.

Felder, R., y Brent, R. (2001). Effective strategies for cooperative learning. *Journal of Cooperation & Collaboration in College Teaching*, 10 (2), 69-75.

Fernández, A.M^a. (2008). Competencias de las profesiones sanitarias. *Nursing*, 26 (7), 56-64.

Fernandez, R., Thuy-Tran, D., Ramjan, L., Ho, C., y Gill, B. (2012). Comparison of four teaching methods on Evidence-based Practice skills of postgraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 1-6.

Fernández. (2006). Metodologías activas para la formación de competencias. *Educatio siglo XXI*, 24, 35-56.

Fernández-Olano, C., Montoya-Fernández, J., y Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher*, 30 (3), 322–324.

Fernández-pinto, I., López-Pérez, B., y Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de psicología*, 24 (2), 284–298.

Fields, K., Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Kane, G., y Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation & The Health Professions*, 27, 80-94.

Fields, K., Mahan, P., Tillman, P., Haris, J., Maxwell, K., y Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider-student version. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 287-293.

Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 196–204.

Flores, M., y Duran, D. (2015). Influence of a Catalan peer tutoring programme on Reading comprehension and self-concept as a reader. *Journal of Research in Reading*, 1-17.

Galán, J.M., Romero, R., Morillo, M.S., y Alarcón, J.M. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20, 53-60.

Galbraith, J., y Winterbottom, M. (2011). Peer-tutoring: What's in it for the tutor? *Educational Studies*, 37 (3), 321-332.

García, M.J. (2009). El concepto de competencias y su adopción en el contexto universitario. *Revista Alternativas*, 16, 11-28.

Garner, L., y Lane, H. (2010). Exploring the personal tutor-student relationship: an autoethnographic approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27, 342-347.

Generalitat de Catalunya. (2003). *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Ginsburg-Block, M., Fantuzzo, J., y Rohrbeck, C. (2006). A meta-analytic review of social, self-concept, and behavioral outcomes of peer-assisted learning. *Journal of Educational Psychology*, 98 (4), 732-749.

Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda*. Desclée de Brouwer: Bilbao.

Glass, N., y Walter, R. (2000). An experience of peer mentoring with student's nurses: Enhancement of personal and professional growth. *Journal of Nursing Education*, 39 (4), 155-160.

Goldenberg, D., Andrusyszyn, M.A., y Iwasiw C. (2005). The effect of classroom simulation on nursing students' self-efficacy related to health teaching. *Journal of Nursing Education*, 44 (7), 310-314.

Goldsmith, M., Stewart, L., y Ferguson, L. (2006). Peer learning partnership: An innovate strategy to enhance skill acquisition in nursing students. *Nurse Education Today*, 26, 123-130.

Gómez, G., Moore, P., y Araos-Baeriswyl, E. (2012). "Co-docencia para el aprendizaje de la entrevista médica": Un apoyo "in situ" para docentes clínicos en la enseñanza de competencias comunicacionales en pre grado. *Revista Médica de Chile*, 140, 396-403.

González, J., Isaacs, A., Damiani, M.J., y Wagenaar, R. (2006). *Tuning Educational Estructure in Europe: una contribución de las universidades al proceso de Bolonia*. Bilbao: Tuning project.

González, J., y Wagenaar, R. (2006). *Tuning educational structures in Europe*. Bilbao: Universidad de Deusto.

González, M^a. P., y Vergara, J. (2012). Percepciones sobre el estudio de casos, como estrategia de aprendizaje, en estudiantes de enfermería. *Ciencias y Enfermería*, 18 (1), 111-123.

Good, T.L., y Brophy, J.E. (1997). *Looking in Classrooms*. New York: Adison Wasley Longman.

Grealish, L. (2000). The skills of coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education*, 39 (5), 231-233.

Greenwood, C., Delquadri, J., y Vance Hall, R. (1989). Longitudinal effects of classwide peer tutoring. *Journal Educational Psychology*, 81 (3), 371-383.

Gysels, M., Richardson, A., y Higginson, I. (2005). Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of training methods. *Support Care Cancer*, 13, 356-366.

Hanna, N. (2014). *A Study of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure for Medical Students*. United Kingdom: University of Dundee, Scotland.

Hemmerdinger, J., Stoddart, S., y Lilford, R. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 7 (24), 1-8.

Henderson, A., Beattie, H., Boyde, M., Storrie, K., y Lloyd, B. (2006). An evaluation of the first year of a collaborative tertiary - industry curriculum as measured by student's perception of their clinical learning environment. *Nurse Education in Practice*, 6, 207-213.

Henry-Tillman, R., Deloney, L.A., Savidge, M., Graham, C. J., y Klimberg, V.S. (2002). The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. *American Journal of Surgery*, 183, 659–662.

Hernanz, M. L. (2003). *Marc general per a la integració europea*. Barcelona: AQU.

Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.

Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care; Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Pennsylvania: Springer.

Hojat, M. (2012). *Empatía en el cuidado del paciente: Antecedentes, desarrollo, medición y resultados*. México: El manual moderno.

Hojat, M., Fields, S., y Gonnella, J. (2003). Empathy: An NP / MD Comparison. *The Nurse Practitioner*, 28 (4), 45-47.

Hojat, M., Gonella, S., Nasca, T., Magione, S., Vergare, M., y Magee, M. (2002). Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Speciality. *Am J Psychiatry*, 159 (9), 1563-1569.

Hojat, M., Gonnella, J., Mangione, S., Nasca, T., y Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminar in integrative Medicine*, 1 (1), 25–41.

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Veloksi, J., y Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77 (10), 58–60.

Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., y Magee, M. (2002). Measurement and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159 (9), 1563-1569.

Hojat, M., Mangione, S., Kane, G., y Gonnella, J. (2005). Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Medical Teacher*, 27 (7), 625–628.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., *et al.* (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, 38 (9), 934–941.

Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Cohen, M., Gonnella, J., Erdmann, J. B., *et al.* (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and Preliminary Psychometric Data. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (2), 349–365.

Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S., Isenberg, G., *et al.* (2009). The devil in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84 (9), 1182-1191.

Horwitz, I.B., Horwitz, S.K., Brandt, M.L., Brunnicardi.F.C., Bradford, G.S., y Awad, S.S (2007). Assessment of communication skills of surgical residents using the social skills inventory. *The American Journal of Surgery*, 194, 401-405.

Hulsman, R. L., Ros, W. J. G., Winnubst, J. A. M., y Bensing, J. M. (1999). Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*, 33, 655–668.

Ibarra, M., Rodríguez, G., y Gómez, M. (2012). La evaluación entre iguales: beneficios y estrategias para su práctica en la universidad. *Revista de Educación*, 359, 1-19.

Irving, P., y Dickson, D. (2004). Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 17, 212–220.

Jack, B., O'Brien, M., Kirton, J., Marley, K., Whelan, A., Baldry, C., *et al.* (2013). Enhancing communication with distressed patients, families and colleagues: The value of the simple skills secrets model of communication for the nursing and healthcare workforce. *Nurse Education Today*, 33, 1550-1556.

Jenkins, E., Mabbett, G., Surridge, A., Warring, J., y Gwynn, E. (2009). A cooperative inquiry into action learning and praxis development in a community nursing module. *Quality Health Research*, 19 (9), 1303-1320.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (2009). An Educational Psychology Success Story: Social Interdependence Theory and Cooperative Learning. *Educational Research*, 38 (5), 365-379.

Johnson, D.W., Johnson, R., y Holubec, E. (1999). *El aprendizaje en el aula*. Barcelona: Paidós.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (1999). Making Cooperative Learning Work. *Theory into Practice*, 38 (2), 67-73.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (2002). Learning together and alone: Overview and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Education*, 22, 95-105.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (2005). New developments in social interdependence theory. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 131 (4), 285-358.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (2009). An Educational Psychology Success Story: Social Interdependence Theory and Cooperative Learning. *Educational Researcher*, 38 (5), 365-379.

Johnson, D.W., y Johnson, R. (2014). Cooperative Learning in 21st Century. *Anales de la psicología*, 30 (3), 841-851.

Jones, E., Letvak, S., y McCoy, T. (2013). Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration for Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Measurement*, 21 (3), 463-476

Jorba, A.J., Gómez, I., y Prat, A. (1998). *Parlar i escriure per aprendre. Ús de la llengua en situació d'ensenyament- aprenentatge des de les àrees curriculars*. Barcelona: UB.

Kagan, S. (1992). *Cooperative Learning*. San Juan Capistrano: Kagan Cooperative Learning.

Kagan, S., y Kagan, M. (2009). *Kagan Cooperative Learning*. San Clemente, California: Kagan Publishing.

Kammer, C. (1982). Using peer groups in nursing education. *Nurse Educator*, 7 (6), 17-21.

Kershmer, J., y La Monica, E. (1976). *Effectiveness of Nursing Curricula on Behavioural Empathy*. Unpublished research report: University of Massachusetts.

Kim, S., Kaplowitz, S., y Johnston, M. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27 (3), 237-251.

King, A. (1998). Transactive peer tutoring: Distributing cognition and metacognition. *Educational Psychology Review*, 10 (1), 57-74.

Kliszcz, J., Nowicka-Sauer, K., Trzeciak, B., y Nowak, P. (2006). Empathy in health care providers: validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in medical Science*, 51, 220-225.

Kruijver, I. P., Kerkstra, A., Francke, A.L., Bensing, J. M., y Van de Wiel, H. (2000) Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 39, 129-145.

Kunyk, D., y Olson, J. (2001). Clarification of the conceptualizations of empathy. *Journal of Advance Nursing*, 35 (3), 317-325.

Kuremyr, D., Kihlgren, M., Norberg, A., Aström, S., y Karlsson, I. (1994). Emotional experiences, empathy and *burnout* among staff caring for demented patients at a collective living unit and a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (4), 670-679.

Kurtz, S. M. (2002). Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *The Canadian Journal Of Neurological Sciences*, 29, 23-29.

Kurtz, S. M., y Silverman, J.D. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30, 83–89.

La Monica, E. (1981). Construct Validity of and empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4, 389-400.

LaMonica, E., Carew, D., Winder, A., Bernazza-Haase, A., y Blanchard, K. (1976). Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nursing Research*, 25, 447- 451.

La Monica, E., Wolf, R., Madea, A., y Oberst, M. (1987). Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1 (3), 197–213.

Lacasa, P., y Herranz-Ybarra, P. (1995). *Aprendiendo a aprender: Resolver problemas entre iguales*. Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia.

Lancaster, T., Hart, R., y Gardner, S. (2002). Literature and medicine: Evaluating a special study module using the nominal group technique. *Medical Education*, 36, 1071–1076.

Larson, E. B., y Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *The Journal of the American Medical Association*, 293 (9), 1100–1116.

Laschinger, H., y Boss, M. (1984). Learning styles of nursing students and career choices. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 375-380.

Lau, Y., y Wenru, W.(2013). Development and evaluation of a learner-centered training course on communication skills for baccalaureate nursing students. *Nurse Education Today*, 33, 1617-1623.

Lauder, W., Reynolds, W., Smith, A., y Sharkey, S. (2002). A comparison of therapeutic commitment, role support, role competency and empathy in three cohorts of nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9 (4), 483–491.

Le Boterf, G. (2001). *Ingeniería de las competencias*. Barcelona: Gestión 2000.

Le Boterf, G. (2005). La gestión por competencias ¿Por qué el interés y de qué se trata? *Ponencia para la Dirección Nacional de Servicio Civil*, 27 de julio, Santiago de Chile.

- Leal-Costa, C., Tirado-Gonzalez, S., Van-der Hofstadt, C., y Rodríguez-Marín, J. (2016). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la salud, EHC-PS. *Anales de la psicología*, 32 (1), 49-59.
- Leung, S.F., Mok, E., y Wong, D. (2008). The impact of assessment methods on the learning of nursing students. *Nurse Education Today*, 28, 711-719.
- Lim, B.T., Moriarty, H., y Huthwaite, M. (2011). “Being-in-role”: A Teaching innovation to enhance empathic communication skills in medical students. *Medical Teacher*, 33, 666-669.
- Lin, C.F., Lu, M.S., Chung, C.C., y Yang, C.M. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nursing Ethics*, 17 (3), 373-382.
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., y Abad, F.J. (2008). *TECA. Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- MacKay, R., Hughes, J., y Carve, E. (1990). *Empathy in the Helping Relationship*. New York: Springer Publishing Co.
- MacLelland, G., McKenna, L., y French, J. (2013). Crossing professional barriers with peer-assisted learning: Undergraduate midwifery students teaching undergraduate paramedic students. *Nurse Education Today*, 33, 724-728.
- Maguire, P., Booth, K., Elliot, C., y Jones, B. (1996). Helping Health Professionals Involved in Cancer Care Acquire Key Interviewing Skills – The impact of Workshops. *European Journal of Cancer*, 32 (9), 1486-1489.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45, 23–34.
- Makoul, G., y Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 137, 191-195.
- Marco, A., Reynolds, W., Fonfria, C., Muñoz, A., Bellver, C., Fonfria, R., et al. (2004). La importancia de una buena traducción. Adaptación al español de la encuesta de empatía de Reynolds W. *Revista ROL Enfermería*, 27 (12), 857-862.
- Martí, J. (2011). *Responsabilidad social universitaria: estudio acerca de los comportamientos, los valores y la empatía en estudiantes de universidades iberoamericanas*. Valencia: Universitat de València.
- Martin, D., y Seguire, M. (2013). Creating a Path for Indigenous Student Success in Baccalaureate Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, 52 (4), 205-209.

- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), 41–49.
- McClelland, D.C. (1973). Testing for competences rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28, 1-14.
- McKenna, L., Boyle, M., Brown, T., Williams, B., Molloy, A., Lewis, B., *et al.* (2012). Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18 (3), 246–251.
- McKenna, L., y French, J. (2010). A step ahead: Teaching undergraduate students to be peer teachers. *Nurse Education in Practice*, 1-5.
- McLelland, G., McKenna, L., y French, J. (2013). Crossing professional barriers with peer-assisted learning: Undergraduate midwifery students teaching undergraduate paramedic students. *Nurse Education Today*, 33, 724.
- McMillan, L., y Shannon, D. (2011). Psychometric Analysis of the JSPE Nursing Student Version R: Comparison of Senior BSN Students and Medical Students Attitudes toward Empathy in Patient Care. *Nursing*, 2011,1-7.
- Medrano, C. (1995). La interacción entre compañeros: El conflicto sociocognitivo, el aprendizaje cooperativo y la tutoría entre iguales. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23,177-186.
- Mehrabian, A. (1997). Relations among personality scales of aggression, violence and empathy: Validation evidence bearing on the Risk of Eruptive Violence Scale. *Aggressive Behaviour*, 23 (6), 433-445.
- Mehrabian, A., y Epstein, N.A. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Melero, M.A., y Fernández, P. (1995). El aprendizaje entre iguales: el estado de la cuestión en Estados Unidos. En: P. Fernández y M.A. Melero (comps), *La interacción social en contextos educativos* (pp. 35-98). Madrid: Siglo XXI
- Mercer, S., y Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *The British Journal of General Practice*, 52, 9–12.
- Miller, D., Topping, K., y Thurston, A. (2010). Peer tutoring in Reading: The effects of role and organization on two dimension of self-esteem. *British Journal of Educational Psychology*, 80, 417-433.
- MINISTROS EUROPEOS DE EDUCACIÓN. (1999). *Declaración de Bolonia*. Bolonia. Recuperado el 20 de junio, 2017, de http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/img/Declaracion_Bolonia.pdf

- Moliner, L. (2015). *La tutoría entre iguales. Aspectos teóricos y elementos básicos para su planificación*. Castelló: Universitat Jaume I.
- Monereo, C., y Duran, D. (2012). *Entramados: métodos de Aprendizaje cooperativo y colaborativo*. Barcelona: Horsori.
- Monereo, C., y Pozo, J.I. (2001). El reto de la nueva cultura educativa. *Cuadernos de pedagogía*, 298 (1), 50-55.
- Monereo, C., y Pozo, J.I. (2003). *La Universidad ante la nueva cultura educativa. Enseñar y aprender para la autonomía*. Madrid: ICE.
- Montoya, C., Sáez, A., Baños, R., y Gil, M. D. (2011). Aprendizaje cooperativo y desarrollo de competencias. *VII Jornada sobre aprendizaje cooperativo*, 10 de Marzo, Estado de Hidalgo.
- Moore, P., Gómez, G., y Kurtz, S. (2012). Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes. *Atención Primaria*, 44 (6), 358–365.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138, 1047–1054.
- Moore, P.J., Adler, N.E., y Robertson, P.A. (2000). Medical malpractice: The effect of doctor-patient relation on medical patient perception and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine*, 173, 244-250.
- Morales, S., y Ferreira, A. (2008). La efectividad de un modelo de aprendizaje combinado para la enseñanza de inglés como lengua extranjera: Estudio empírico. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 46 (2), 95-118.
- Morris, D., y Turnbull, P. (2004). Using student nurses as teachers in inquiry-based learning. *Issues and Innovations in Nursing Education*, 45 (2), 136-144.
- Mullan, B.A., y Kothe, E.J. (2010). Evaluating a nursing communication skills training courses: the relationship between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. *Nurse Education in Practice*, 10, 374-378.
- Nagano, H. (2000). Empathic understanding: Construction an evaluation scale from the microcounseling approach. *Nurse and Health Sciences*, 2, 17-27.
- Nastasi, B., y Clements, D. (1991). Research on cooperative learning: implications for practice. *School Psychology Review*, 20 (1), 110-131.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., *et al.* (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine* 86 (8), 996–1009.

Newton, B. W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., y O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic medicine*, 83, 244-249.

Nightgale, S.D., Yarnold, P.R., y Greenberg, M.S. (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 420-423.

O'Shea, E., Pagano, M., Campbell, S., y Caso, G. (2013). A descriptive analysis of nursing student communication behaviors. *Clinical Simulation in Nursing*, 9, 5-12.

Okilwa, N., y Shelby, L. (2010). The effects of peer tutoring on academic performance of students with disabilities in grades 6 through 12: A synthesis of the literature. *Remedial and Special Education*, 31 (6), 450-463.

Okita, S., Turkey, S., Kim, M., y Murai, Y. (2013). Learning by teaching with virtual peers and the effects of technological design choices on learning. *Computers & Education*, 63, 176-196.

Olivera, J., Braun, M., y Roussos, A. (2011). Instrumentos de la Empatía en Psicoterapia. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 20 (2), 121-132.

Orden CIN/2134/2008. *De 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero.*

Owen, L., y Walden, D. (2001). Peer instruction in the learning laboratory: A strategy to decrease student anxiety. *Journal of Nursing Education*, 40 (8), 375-377.

Ozcan, C., Oflaz, F., y Sutcu, H. (2010). Empathy: The effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, 57 (4), 493-499.

Ozturk, C., Karayagiz, G., y Dicle, A. (2008). A comparison of problem-based and traditional education on nursing student's critical thinking dispositions. *Nurse Education Today*, 28, 627-632.

Panik, A., Bokovoy, J., Karoly, E., Badillo, K., Buckenmyer, C., Vose, C., et al. (2006). Research on the frontlines of healthcare: A cooperative learning approach. *Nursing Research*, 55 (2), 3-9.

Parkin, V. (2006). Peer Education: The Nursing Experience. *The journal of Continuing Education in Nursing*, 37 (6), 257-264.

Paulsel, M.L., McCroskey, J.C., y Richmond, V.P. (2006). Perceptions of health care professionals' credibility as a predictor of patients' satisfaction with their medical care and physician. *Communication Research Reports*, 23 (2), 69-76.

Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine. A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76 (3), 307–322.

Peplau, H. (1952). Interpersonal Relations in Nursing. *American Journal of Nursing*, 52(6), 664-767.

Pérez-Albéniz, A., Paúl, J., De, Etxeberría, J., Paz, M., Torres, E., y Vasco, P. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15 (2), 267–272.

Pernas, M., Sierra, S., Zubizarreta, M., y Leyva, M. (2010). Propuesta de sistema de trabajo metodológico para la carrera de Licenciatura en Enfermería. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 24 (3), 320-343.

Perret Clermont, A.N. (1984). *La construcción de la inteligencia en la interacción social*. Madrid: Visor.

Piaget, J. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas. Problema central del desarrollo*. Madrid: Siglo XX.

Poblete, M., y Villa, A. (2007). *Aprendizaje basado en competencias. Una propuesta para la evaluación de competencias genéricas*. Bilbao: Mensajeros.

Price, V., y Archbold, J. (1997). What's it all about empathy? *Nurse Education Today*, 17, 106-110.

Pujolás, P. (2008). *El aprendizaje cooperativo. 9 Ideas clave*. Barcelona: Graó.

Real Decreto 1393/2007. *De 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales*. Recuperado el 20 de junio, 2017, de <http://www.boe.es/boe/dias/2007/10/30/pdfs/A44037-44048.pdf>

Reynolds, W. (1988). A study of Empathy in Student Nurses. *Nurse Education Today*, 8 (3), 123-130.

Reynolds, W., Scott, B., y Jessiman, W. (1999). Empathy has not been measured in clients' terms or effectively. Taught: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), 1177–1185.

Reynolds, W., Scott, P., y Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advance Nursing*, 32 (1), 235-242.

Reynolds, W., y Scott, B. (1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 363–370.

Reynolds, W., y Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 226–234.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C. (1961). *On becoming a Person*. Houghton Mifflin: Boston.

Rogers, C. (1975). Empathic: An Unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 2 (5), 2-10.

Roscoe, R. y Chi, M. (2007). Understanding Tutor Learning: Knowledge- Building and Knowledge- Telling in Peer Tutors' Explanations and Questions. *Review of Educational Research*, 77, 4, 534-574.

Rosenberg, S., y Gallo-Silver, L. (2011). Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6, 2-8.

Rosenthal, S., Howard, B., Schluskel, Y.R., Herrigel, D., Smolarz, G., Gable, B., *et al.* (2011). Humanism at heart: preserving empathy in third-year medical students. *Academic Medical*, 86:350–358.

Roter, D. L., Larson, S., Shinitzky, H., Chernoff, R., y Serwint, J. R. (2004) Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*, 38, 145–157.

Ruiz, R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*, 6 (4), 159-167.

Ruth-Sahd, L.A. (2011). Student nurse dyads create a community of learning: proposing a holistic clinical education theory. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (11), 2445-2454.

Secomb, J. (2008). A systematic review of peer teaching and learning in clinical education. *Journal of Clinical Nursing*, 17,703-716.

Secomb, J., McKenna, L., y Smith, C. (2012). The effectiveness of simulation activities on the cognitive abilities of undergraduate third-year nursing students: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3475-3484.

Seren, S., y Ustun, B. (2008). Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. *Nurse education Today*, 28, 393-400.

Silverman, J., Kurtz, S., y Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Publishind Ltd.

Shanafelt, D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., *et al.* (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (7), 559–564.

Shapiro, J., Morrison, E., y Boker, J. (2004). Teaching empathy to first year medical students: evaluation of an elective literature and medicine course. *Education for Health*, 17 (1), 73–84.

Shapiro, J., Rucker, L., Boker, J., y Lie, D. (2006). Point-of-view writing: A method for increasing medical students' empathy, identification and expression of emotion, and insight. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 19 (1), 96–105.

Shapiro, J., y Rucker, L. (2004). The Don Quixote Effect: Why Going to the Movies Can Help Develop Empathy and Altruism in Medical Students and Residents. *Families, Systems, & Health*, 22 (4), 445–452.

Shapiro, S.M., Lancee, W.J., y Richards-Bentley, C.M. (2009). Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC Medical Education*, 9 (11), 1-8.

Sharan, S. (1990). *Cooperative Learning*. New York: Praeger Publishers.

Sharan, Y. (2010). Cooperative Learning for Academic and Social Gains: valued pedagogy, problematic practice. *European Journal of Education*, 45 (2), 300-313.

Sharan, Y. (2014). Learning for cooperative learning. *Anales de psicología*, 30 (3), 802-807.

Slavin, R. (1995). *Cooperative learning: Theory, Research and Practice*. Boston: Allyn and Bacon.

Slavin, R. (2014). Cooperative Learning and Academic Achievement: Why Does Groupwork Work? *Anales de la Psicología*, 30 (3), 785-791.

Slavin, R., Sharan, S., Kagan, S., Hertz, R.H., Webb, C., y Schmuck, R. (1985). *Learning to cooperative, cooperating to learn*. New York: Plenum Press.

Slimmer, L. (2012). A teaching mentorship program to facilitate excellence in teaching and learning. *Journal of Professional Nursing*, 28 (3), 182-185.

Somerville, B., Mckwrath, M., Johnson, M., Langdon, R., y Jones, W. (2000). A collaborative approach to developing nursing skills to meet service needs. *Collegian*, 7 (8), 28-33.

Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine (1982)*, 30 (3), 325–339.

Stepien, K. A., y Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. A review. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (5), 524–530.

- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association*, 159 (9), 1423-1433.
- Stone, R., Cooper, S., y Cant, R. (2013). The value of peer learning in undergraduate nursing education: A systematic review. *ISRN Nursing*, 1-10.
- Silverman, J., Kurtz, S., y Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.
- Suikkala, A., y Leino-Kilpi, H. (2001). Nursing student-patient relationship: A review of the Literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (1), 42-50.
- Tavakol, S., Dennick, R., y Tavakol, M. (2011). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Medical Education*, 11 (1), 1-8.
- Tejada, J.(1999a). Acerca de las Competencias Profesionales (I). *Revista Herramientas*, 56 (1), 20-30.
- Tejada, J. (1999b). Acerca de las Competencias Profesionales (II). *Revista Herramientas*, 57 (1), 8-14.
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., *et al.* (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177–183.
- Thurston, A., Van de Keere, K., Topping, K, Kosack, W., Gatt, S., Marchal, J., *et al.* (2007). Aprendizaje entre iguales en ciencias Naturales de Educación Primaria: Perspectivas teóricas y sus implicaciones para la práctica en el aula. *Revista electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 13 (5), 477-496.
- Tiuraniemi, J., Läärä, R., Kyrö, T., y Lindeman, S. (2011). Medical and psychology students' self-assessed communication skills: A pilot study. *Patient Education and Counseling*, 83 (2), 152–157.
- Tobón, S. (2004). *Formación basada en competencias: Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Tobón, S. (2006 a). Aspectos básicos de la formación basada en competencias. *Proyecto Mesesup*. Talca: Chile.
- Tobón, S. (2006 b). Las competencias en la educación superior. *Políticas de calidad*. Bogotá: ECOE.
- Topping, K. (2015). Peer Tutoring: old method, new developments. *Infancia y aprendizaje*, 38 (1), 1-29.

Topping, K., Buchs, C., Duran, D., y Van Keer, H. (2017). *Effective Peer Learning: from principles to practical implementation*. Londres: Routledge.

Topping, K. (2005). Trends in peer learning. *Educational Psychology*, 25 (6), 631-645.

Topping, K.J., Dehkinet, R., Blanch, S., Corcelles, M., y Duran, D. (2013). Paradoxical effects of feedback in international online reciprocal peer tutoring. *Computers & Education*, 61, 225-231.

Torunn-Bjørk, I., y Kirkevold, M. (2000). From simplicity to complexity: Developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 620-631.

Truax, C.B., Altmann, H., y Millis, W.A. (1974). Therapeutic relationships provided by various professionals. *Journal of Community Psychology*, 2, 33-36.

Truax, C.B., y Carkhuff, R. (1967). *Towards Effective Counselling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.

Ubillús, G., Sidia, M., Rentería, D., Reátegui, C., Rodríguez, C., y Sotelo, J.M. (2010). La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. *Revista Horizonte Médico*, 10 (2), 37-43.

Üstün, B. (2006). Communication skills training as part of a problem-based learning curriculum. *Journal of Nursing Education*, 45 (10), 421-424.

Valle, J. (2004). La política educativa de la Unión Europea: fundamentos, evolución histórica y propuestas de modelo para su análisis. *Revista Española de Educación Comparada*, 10, 17-59.

Villa, A., y Villa, O. (2007). El aprendizaje basado en competencias y el desarrollo de la dimensión social en las universidades. *Educar*, 40, 15-48.

Wakabayashi, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., y Tojo, Y. (2006). The autism-spectrum quotient (AQ) in Japan: A cross-cultural comparison. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (2), 263-270.

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M., Erdmann, J., y Hojat, M. (2009). Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (1), 73-88.

Webb, N. (1985). Student interaction and learning in small groups: a research summary. En: R. Slavin, S. Sharan, S. Kagan, R. Lazarowitz, C. Webb, R. Schmuck. *Learning to cooperate, cooperating to learn*. (pp.147-172) New York: Plenum Press

Weissman, G.V. (2011). Evaluating associate degree nursing students' self-efficacy in communication skills and attitudes in caring for the dying patient. *Teaching and Learning in Nursing*, 6, 64-72.

Welsh, M. (2007). Engaging with peer assessment in post-registration nurse education. *Nurse Education in Practice*, 7, 75-81.

West, C. P., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., y Shanafelt, T. D. (2006). Association of Perceived Medical Errors. A Prospective Longitudinal Study, *American Medical association*, 296 (9), 1071–1078.

West, P., y Shanafelt, D. (2007). The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Medical Education*, 7 (29), 1-9.

White, S. (1997). Empathy: a literature review and concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 253-257.

Wikström, B. M. (2001). Work of art dialogues: An educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 24–29.

Wilkes, M., Milgrom, E., y Hoffman, J. R. (2002). Towards more empathic medical students: A medical student hospitalization experience. *Medical Education*, 36, 528–533.

Wilkinson, S., Roberts, A., y Aldridge, J. (1998). Nurse-patient communication in palliative care: An evaluation of a communication skills programme. *Palliative Medicine*, 12, 13-22.

Williams, J., y Stickley, T. (2010). Empathy and nurse education. *Nurse Education Today*, 30, 752-755.

Williams, S., y Beattie, H. (2008). Problem based learning in the clinical setting – A systematic review. *Nurse Education Today*, 28, 146-154.

Winefield, H., y Chur-Hansen, A. (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34, 90-94.

Wright, D. (2003). Collaborative learning experiences for nursing students in environmental health. *Nursing Education Perspectives*, 24 (4), 189-191.

Xie, J., Ding, S., Wang, C., y Liu, A. (2013). An evaluation of nursing students' communication ability during practical clinical training. *Nurse Education Today*, 33, 823-827.

Yáñez, C. (2004). Convergencia de las titulaciones universitarias. El proceso de adaptación: fases y tareas. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*, 4 (1), 3-14.

Yates, P., Clinton, M. y Gary, D. (1998). Exploring empathy as a variable in the evaluation of professional development programs for palliative care nurses. *Cancer Nursing*, 21, 402-410.

Yates, S. (2001). Finding your funny bone: Incorporating humour into medical into medical practice. *Australian Family Physician*, 30, 22-24.

Yu, J., y Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 64 (5), 440–454.

Yu, J., y Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (9), 1790–1806.

Yuen-Loke, A., y Chow, F. (2007). Learning partnership – The experience of peer tutoring among nursing students: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 237-244.

Zabalza, M. (2003). *Las competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional*. Madrid: Narcea.

Zabalza, M. (2006). La convergencia como oportunidad para mejorar la docencia universitaria. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20 (3), 37-69.

ANEXOS EN FORMATO DIGITAL CD

VII. ANEXOS EN FORMATO DIGITAL CD

Anexo 1. Dossier del alumno A

Anexo 2. Dossier del alumno B

Anexo 3. Parrillas de evaluación docente

Anexo 4: Tabla de frecuencias total de los factores del primer segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 5. Tabla de frecuencias del primer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

Anexo 6. Tabla de frecuencias total de los factores del segundo segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 7. Tabla de frecuencias del primer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

Anexo 8. Tabla de frecuencias total de los factores del tercer segmento por sesiones analizadas de forma individual

Anexo 9. Tabla de frecuencias del tercer segmento de todas las sesiones analizadas por parejas

