

La relación de ayuda en el campo de la enseñanza – aprendizaje

The aid relationship in the of teaching and learning

A relação de ajuda área de ensino e aprendizagem

Ana Lucía Noreña Peña¹; Noemí Alcaraz Moreno²,
Genoveva Amador Fierros², Francisco Javier Ramos Sánchez³

¹Universidad de Alicante. Departamento de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud;

²Universidad de Colima. Facultad de Ciencias de la Salud (Méjico)

³Francisco Javier Ramos Sánchez. Universidad de Guadalajara (Méjico)

Cómo citar este artículo en edición digital: Noreña Peña, A.L.; Alcaraz Moreno, N.; Amador Fierros, G.; Ramos Sánchez, F.J. (2013) La relación de ayuda en el campo de la enseñanza –aprendizaje.17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.10>

*Correspondencia: Noemí Alcaraz Moreno. Facultad de Enfermería. Universidad de Colima, México. almoreno@uocol.mx
Recibido: 13/11/2012. Aceptado: 22/01/2013*



ABSTRACT

Through a retrospective analysis on the educational characteristics of nursing education, there is a reflection on the type of learning promoted from an ad hoc university teaching practice and how it has influenced nursing education. It outlines some perspectives about change in mentality that has been occurring in nursing schools, by promoting new forms of teaching and learning, from which value the role of the student in order to achieve their full

development. It proposes the construction of facilitated learning through the aid relationship, ethical and creative design of the constructive process of professional knowledge.

Keywords: aid relationship, learning-teaching, Nursing.

RESUMO

Através de uma análise retrospectiva sobre as características educacionais de ensino de enfermagem, propõe-se uma reflexão sobre o tipo de aprendizagem promovido desde uma prática docente universitária ad hoc e como isso tem influenciado o ensino da enfermagem. Descreve-se algumas perspectivas sobre a mudança de mentalidade que vem ocorrendo nas escolas de enfermagem, promovendo novas formas de ensino e aprendizagem, que valorizam o papel do aluno, a fim de alcançar o seu pleno desenvolvimento. Propõe-se a construção de aprendizagem facilitado através da relação de ajuda, concepção ética e criativa do processo de construção do conhecimento profissional.

Palavras chave: relação de ajuda, ensino-aprendizagem, Enfermagem.

RESUMEN

A través de un análisis retrospectivo acerca de las características educativas de la enseñanza de enfermería, se plantea una reflexión acerca del tipo de aprendizaje promovido desde una práctica docente universitaria ad hoc y cómo ello ha influido en la formación de enfermería. Se esbozan algunos planteamientos sobre el cambio de mentalidad que ha estado ocurriendo dentro de las escuelas de enfermería, mediante la promoción de nuevas formas de enseñar y de aprender, que dan valor al protagonismo del estudiante, con el fin de lograr su desarrollo integral. Se plantea la construcción del aprendizaje facilitado a través de la relación de ayuda, concepción ética y creativa del proceso de construcción del conocimiento profesional.

Palabras clave: relación de ayuda, enseñanza-aprendizaje, enfermería.

INTRODUCCIÓN

La escuela contemporánea de enfermería tiene que enfrentar algunos desafíos para integrarse a las nuevas demandas en el concierto de la educación superior. En nuestros tiempos, la tarea de educar desde una perspectiva integral y humanista se vuelve más compleja por el doble reto de transitar desde un modelo pedagógico tradicional, hacia otro que ayude a modificar y a mejorar la conducta humana, de modo tal que los estudiantes ganen autonomía en sus procesos de aprender y que, sus profesores logren modificar su modo de enseñar, convirtiéndose en facilitadores, en promotores del aprendizaje de sus estudiantes ayudándoles a desarrollar sus talentos cognoscitivos y emocionales.

Durante mucho tiempo, la enfermería ha adoptado un modelo de enseñanza-aprendiza-

je tradicional que funcionó y ayudó a formar “buenas enfermeras” para el tipo de sociedad de principios del siglo XX, cuando se organizaron la mayoría de las escuelas de enfermería en América Latina. La influencia del modelo biomédico permeó no sólo la organización de los conocimientos sino también, las bases filosóficas y pedagógicas. Fueron precisamente los médicos quienes posibilitaron el marco socio-profesional de las enfermeras, haciendo que dentro de la preparación universitaria de enfermería, predominara el aprendizaje de actividades procedimentales, que le imprimían a los cuidados un carácter técnico –instrumental (Collière, 1993). Bajo este modelo, se han formado generación tras generación, centenas de enfermeras y todavía es difícil desprenderse de este legado.

En este artículo, se expone cómo en pleno siglo XXI, cuando se exige formar individuos capaces de interpretar el mundo y al mismo tiempo, saber actuar sobre él, en enfermería conservamos prácticas docentes que no tienen que ver con el tipo de individuo que se desea formar. El propósito es, mostrar los desafíos que debemos enfrentar para cortar con atavismos culturales predominantes en la formación en enfermería, y lograr construir una nueva cultura congruente con el tipo de profesión requiere la sociedad. La propuesta de nuestro análisis se denomina relación de ayuda.

Antecedentes de la formación de profesionales de enfermería

Los planes de estudios de enfermería en las escuelas de América Latina fueron formulados bajo la influencia del conocimiento y el saber médico, caracterizados por un enfoque biológico, organizados por disciplinas y éstas a su vez, mediante bloques con secuencias lineales y verticales. En esta lógica, en los primeros

años de la carrera se organizaban las ciencias básicas, luego las clínicas y en un menor porcentaje se incluían asignaturas de carácter humanístico, cuyo contenido guardaba más relación con conceptos propios de la naturaleza del cuidado.

Desde el punto de vista pedagógico, las escuelas de enfermería no escaparon a la influencia de las corrientes educativas vinculadas a las necesidades del desarrollo social y a la concepción del tipo de individuo que se deseaba formar para cada época histórica. Se distinguen al menos tres grandes interpretaciones teóricas del tipo de pedagogía que ha influenciado la práctica docente en las últimas épocas, y se les conoce como Pedagogía del Consenso, Pedagogía del Conflicto y Pedagogía Crítica (Orozco, 1985. Acevedo, 2009. Rodríguez, 2011), las cuales representan una visión propia del hombre y del mundo y en ellas se enmarcan los distintos tipos de didáctica que han dado lugar a la forma como hoy se dibuja el estado del arte en la educación de la enfermería en América latina.

Las llamadas didáctica tradicional (decadente), la tecnología educativa (todavía dominante) y la didáctica crítica (emergente), derivadas de las distintas corrientes pedagógicas, han tenido un fuerte impacto en la planeación de la educación en las escuelas de enfermería y en el desarrollo de la docencia, entendida ésta como el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de enfermería, o en la definición de Orozco Esquivel, es *“la educación organizada, sistemática e intencional”* (Orozco, 1985). Para entender la diferencia entre un tipo de didáctica y otra y, sobre todo, para comprender cómo ahora conservamos algo de cada una de esas *“influencias pedagógicas”*, trataremos de esbozar una caracterización, a manera de síntesis histórica, en la docencia de enfermería.

En la didáctica tradicional, representante de la pedagogía del consenso, la supremacía estaba en la memoria y el tipo de relación profesor-alumno era de dominación-subordinación. Se implantó desde el inicio de la organización de las escuelas de enfermería, a principios del siglo XX. El estudiante era considerado como un recipiente vacío, al que el profesor –que es el que sabe- le enseña, le entrega, le trasmite, los conocimientos y el estudiante los recibe acríticamente y pasivamente. Muchos profesores se sabían de memoria sus discursos porque llevaban años impartiendo la misma materia y, por tanto el mismo contenido o bien, venían a leer-dictar y los estudiantes tomaban notas para después aprenderlas de memoria. Los conocimientos teóricos había que memorizarlos para después aplicarlos en la práctica, no obstante, la práctica no tenía ningún vínculo con las clases teóricas, ni siquiera los profesores hablaban entre ellos sobre los alumnos. La función del estudiante era memorizar, hacer, practicar, repetir y obedecer. Opinar, ni pensarlo, debatir menos. sencillamente eso era inimaginable para el papel del estudiante. ¿Cómo podría opinar alguien que no sabe? en este modo de enseñanza los estudiantes no tenían voz, estaban aún lejos del pensamiento crítico y de la reflexión lógica (García, 2011).

Con la influencia de la pedagogía del conflicto como interpretación teórica y ante la necesidad de formar individuos que no sólo cultivaran su inteligencia sino que fueran preparados para funcionar en la nueva sociedad, llega la modernización de la enseñanza a las universidades y con ella se introduce la etapa de la tecnología educativa. En las escuelas de enfermería se criticaba la necesidad de vincular la teoría con la práctica y de fomentar una participación activa de los estudiantes. Sin em-

bargo, la participación “activa” a la que se hacía referencia a partir de la segunda mitad del siglo XX y más durante los años 70s, en realidad se trataba de un activismo controlado por el profesor más que un protagonismo activo del estudiante en sus procesos de aprender. Fue la época en que el profesor echaba mano de una serie de “técnicas grupales” para mantener “activo” al estudiante y usaba aparatos sofisticados como los proyectores de acetatos, y de diapositivas.

Esta etapa marcó la entrada a los procesos de “modernización” del trabajo docente, las conductas observables, las pruebas objetivas, la racionalidad científica-positivista en su máxima expresión. En las aulas, se debatía acerca de las diferencias que se observaban entre la práctica y la teoría de enfermería, sacando a la luz que en las clases se impartía un saber que no respondía a la realidad de los pacientes y de los servicios de atención. Además, los contenidos de las asignaturas no respondían a las expectativas del alumnado, cuyo nivel de formación debía estar acorde a las demandas exigidas por el sistema sanitario y educativo. Empieza pues, un debate que pone en conflicto aquello que se dice en el discurso y lo que se observa en la práctica. En otras palabras, tradicionalmente, la escuela sanitaria, ha simplificado el saber y el conocimiento, propulsando un pensamiento mecanicista y reductor de los procesos de salud-enfermedad de los individuos (Medina, 2003).

Fiablemente, este enfoque positivista, en la formación de los profesionales de enfermería, trajo como resultado que el conocimiento enfermero se fundamentara en la comprensión y el aprendizaje de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, las formas de intervención curativas de los síntomas, y en planificar el cuidado a través de nominaciones derivadas de los esquemas médicos, sin ahondar en otros

factores fundamentales, como lo son el significado y la repercusión socio-psicológica de la dolencia en el individuo.

Sin embargo, a pesar de este panorama en el que a los planes de estudio se orientaban más por una racionalidad cuantitativa de los objetivos, de las actividades y de la evaluación, en detrimento de los aspectos cualitativos de la formación, los aspectos de las ciencias sociales que se introducían en los programas de enfermería, y las experiencias de aprendizaje que se realizaban en la práctica clínica, fueron abriendo campo a corrientes de investigación y pensamiento disciplinar, que apelaban a la visión integral del paciente y a su vez destacaban la importancia de la participación activa del alumno dentro del proceso de formación.

Así pues, en las últimas décadas del siglo XX, la filosofía de los programas curriculares de enfermería empezaron a reestructurarse desde nuevas concepciones pedagógicas orientadas más hacia las necesidades de los individuos que aprenden y los individuos que solicitan un servicio de atención a la salud.

Confrontaciones en la enseñanza actual de enfermería

Hasta el principio de la segunda década del siglo XXI, la formación del personal de enfermería en la mayoría de las escuelas latinoamericanas continúa siendo inflexible, lineal y atomizada. Es decir, se organiza por materias organizadas por semestres, por programas y dictadas por un profesor titular. El estudiante, en este esquema no tiene ningún poder ni para decidir su propio currículum ni el camino en sus procesos de aprender. Este modelo choca con las demandas de servicios de salud de los pacientes que esperan de un profesional, que le vea como una persona enferma y no como un diagnóstico separado de la persona.



Como es sabido, el modo de evaluar determina el modo de aprender y en los modelos inflexibles y lineales se siguen conservando los exámenes y pruebas objetivas. Por tanto, aunque en el discurso se diga que la enseñanza promueve un aprendizaje significativo o proactivo, en la realidad, ese tipo de exámenes y de cátedras dentro de materias desvinculadas entre sí, el estudiante aprende todavía memorizando acríticamente un tipo de conocimiento que en muchas ocasiones, no aplica en la realidad asistencial y que serán obsoletos al poco tiempo de haber egresado. El modo de organizar las materias, continúan parcelando el conocimiento, pues las “materias” o “asignaturas” se enseñan como islas entre unas y otras.

En una lógica congruente con ese modo de enseñar, en las clases teóricas de enfermería se habla acerca de procedimientos, técnicas, protocolos, aplicación de teorías, definiciones de patologías, de diagnósticos, y se deja de lado, la enseñanza de estrategias de aprendizaje que podrían ayudar al estudiante a dirigir su propio aprendizaje, a integrar el conocimiento enfermero, tanto hacia el cuidado de los pacientes, como para mejorar las relaciones interpersonales que se establecen dentro del contexto sociosanitario (Rideout, 2001). Este modo de formación tradicional choca con las necesidades que enfrenta el estudiante en su práctica clínica, donde debe arreglárselas para construir sus propios procesos de entendimiento de las distintas dinámicas: comunitaria

y hospitalaria. Lo que se traduce en muchos casos, en aumento de estrés, sensación de impotencia y malestar.

Una situación particular del estudiante, es que éste, por su condición de agente externo al ambiente hospitalario, se comporta como un aprendiz/observador/asimilador/reconstructor de todo aquello que lo rodea. Cuando al estudiante se le asigna un paciente para asistirlo en proceso de hospitalización comienza a entender que él como profesional, no sólo se relaciona con la persona enferma, sino que también cuida de la familia, e identifica que cada persona tiene diferentes formas de entender y asumir los procesos de salud y de enfermedad. Es decir, el estudiante se acerca progresivamente, a la comprensión del contexto en el que se desarrolla el paciente, en las esferas personal, interpersonal y cultural. Así, construye pues sus mecanismos de aprendizaje y los va conduciendo hacia niveles superiores, conforme sus vivencias le demandan un mayor nivel de abstracción y de comprensión. (Piaget; García, 1996).

Los estudiantes necesitan ayuda de sus profesores para crear situaciones de aprendizaje, en las que ellos puedan integrar los conocimientos sobre las ciencias básicas con las clínicas y, las ciencias sociales con las económicas y administrativas, de tal manera que, sean capaces de entender el proceso que vive el individuo enfermo, incluyendo sus vínculos familiares y sus preocupaciones sobre el contexto, en lugar de aprender diagnósticos como si éstos fueran separados de la persona (Venturelli, 2003).

Simultáneamente, el estudiante aprende a reconocer que dentro de su formación práctica, requiere construir y mantener relaciones interpersonales sólidas, tanto con los profesionales sanitarios y el personal docente como con sus pares, incluyendo a los estudiantes de

cursos avanzados. Todos estos actores, además del propio paciente y su familia, se convierten en fuentes de aprendizaje y retroalimentación importante para los estudiantes. Ellos configuran la experiencia del estudiante frente al cuidado (Rideout; Carpio, 2001).

Por tanto, se requiere en el campo del aprendizaje de competencias en enfermería, sistemas abiertos de enseñanza que fomenten en los estudiantes su participación y protagonismo activo para dirigir su aprendizaje, de tal forma, que la tarea del profesor consista en ayudar al estudiante a potenciar sus capacidades de observar, sintetizar, pensar y cuestionar. Se trataría de ejercitar la comprensión pasando de la inteligencia especulativa a la inteligencia práctica: conocer para obrar, para actuar (Moncín, 2003).

¿Cómo hacer un cambio en la educación de enfermería?

Con base en el panorama expuesto, queda clara la necesidad de iniciar, continuar o fortalecer los procesos de cambio dentro de la formación en enfermería orientados a preparar a los estudiantes para que afronten el impacto que se produce entre los dos mundos: el universitario, donde la realidad es abstracta, y el hospitalario, donde la realidad la configuran los significados y las expresiones de los pacientes al vivir su proceso de enfermedad, siguiendo a Sanjuán (2007) *“...cada vez que se hace uso de un conocimiento en un contexto junto a personas que son únicas, el conocimiento se reaprende y la competencia profesional y las capacidades del individuo aumentan”*.

El estudiante, experimenta a través de sus distintas vivencias la disyuntiva dada entre lo que estudia y lo que vive en la realidad, -distanciamiento entre la teoría y la práctica-. Esta situación hace que muchas veces, su experiencia se traduzca en frustración, al reconocer que mucho de lo que aprende en la universidad, tal

vez no le sirva para su ejercicio profesional, porque las exigencias del contexto sanitario y la demanda de los pacientes se alejan de lo que ha sido su formación académica. Inclusive, es el momento en que se da cuenta que para entregar cuidados de calidad se necesitan mucho más que conocimientos.

De frente a esta realidad, las escuelas de enfermería, deberían plantearse con urgencia la incorporación de modelos de educación y métodos de enseñanza-aprendizaje centrados en las necesidades del individuo que aprende, basados en la realidad y que, tomen en cuenta sus necesidades personales, sus valores, sus sentimientos y sus aspiraciones (Morin, 2003).

En este modo de entender las funciones de enseñar y aprender, el estudiante construye, junto con el profesor y sus compañeros, su propio aprendizaje. Al ser tratado como sujeto y protagonista activo en el proceso, él mismo reconoce que su experiencia personal y social, es el punto de partida para el modo de entender su realidad y comprende que, cada uno de sus compañeros y de las personas que le rodean son fuente de aprendizaje. La interacción social se convierte así, en el ambiente propicio para el proceso de aprender de cada individuo.

En modelos educacionales que incluyan las características que se han descrito son los ideales, para ayudar al estudiante a entender que el cuidado de la salud es primariamente un asunto humano, basado ciertamente en relaciones humanísticas (Medina, 2002). De este modo, la congruencia entre el modo de aprender y el modo de enseñar, daría lugar a una forma de cuidar al paciente mucho más humana, más solidaria, más profesional y más creativa (Morin, 2003. Achury, 2008).

El papel del profesor y la relación de ayuda.

El papel del profesor en este cambio de mentalidad y de estrategias de enseñanza, esta-

ría enfocado mucho más a diseñar situaciones en las que pueda darse el proceso de aprender de los estudiantes, en lugar de dirigir su aprendizaje. El factor personal-afectivo es una esfera que cobra vital importancia, por tanto el profesor, en su rol de facilitador, debería promover que el estudiante confronte sus saberes, reconozca sus dificultades, temores y expectativas y comparta sus fortalezas e inquietudes. Es decir, que ponga de manifiesto qué los apasiona y qué los confunde, cuáles son sus aspiraciones y cómo esperarían conseguirlas. Se trata de crear un proceso de acompañamiento, una intervención socioeducativa bajo una concepción humanista, en un clima afectivo y profesional.

Así, pues es dar paso al acto educativo derivado de un paradigma congruente con la relación de ayuda. El componente pedagógico de la relación de ayuda, descansa en la concepción del diálogo, la comunicación y la cooperación, es decir el lenguaje verbal, no verbal y la acción compartida (Moran, 2003). Los principios de la relación de ayuda, abogan por un estilo de pedagogía liberadora, en la que se produce un aprendizaje auténtico, transformador de preconcepciones y juicios de valor, ya que hace uso de un tipo de comprensión que enseña al estudiante a valerse de una serie de recursos personales enfocados a entender los acontecimientos y las personas, despojándose primero, de cualquier preconcepción, intentando acoger el mundo del otro. Una definición más precisa es *“Toda relación, en la que, al menos una de las partes, intenta mover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración, y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada”* (Cibanal, 2010).

Esta lógica, considera que el hombre tiene desde su nacimiento fuerzas que determinan su desarrollo, y de esta manera, el medio social es considerado el espacio, el escenario en

donde se posibilitan o se obstaculizan las tendencias internas. Uno de los aspectos establecidos como finalidad de la relación de ayuda es, preparar al estudiante para que reconozca como aspecto fundamental del proceso educativo, la inteligencia emocional definida como: *“La capacidad que tenemos nosotros de reconocer las emociones y los sentimientos propios y no propios, y de conducir las relaciones que tenemos nosotros mismos con los otros”* (Dander, 2001). Así se pueden llegar a explorar e intervenir las reacciones de los demás, con un tipo de entendimiento y comprensión previa. Las manifestaciones de ira, culpa, agresividad, desorientación, perplejidad y confusión cuando se producen, pueden ser significadas desde una concepción más conciliadora y humana.

La relación de ayuda tiene entre sus finalidades: la promoción del bienestar individual y relacional, la asistencia para el cambio y/o resolución de problemas o conflictos, que producen perturbaciones o dificultades. En la educación basada en la relación de ayuda, *“el docente ve el mundo a través de los ojos del aprendiz”* (Guadiana, 2003), y se ofrecen como herramientas pedagógicas y profesionales, entre otras, la escucha empática, dirigida a comprender el mundo del otro, para lograr acercarse a las individualidades y particularidades de cada estudiante, para su aprendizaje.

Esta filosofía incorpora, la creencia de que, cada ser es digno y valioso y tiene, la capacidad de desarrollar habilidades para encontrar respuestas y soluciones a los distintos problemas que se presentan, si se nutre de un contexto de apertura y honestidad que permite el desarrollo profesional y personal. En la docencia, específicamente de enfermería, este tipo de perspectiva resulta congruente con su misión porque posibilita el desarrollo esencialmente humano del estudiante, como pre-requisito de

su desarrollo profesional, al basar la relación profesor-alumno en la colaboración tanto durante el proceso de aprendizaje teórico-conceptual en el aula como para la búsqueda de solución a problemas de naturaleza práctica en los espacios comunitario u hospitalario.

De esta forma, los estudiantes podrían comprender mejor su tarea de acompañamiento con sus pacientes y crear una relación, en la que exista “una confrontación de culturas, expectativas, creencias y valores, que determinan el tipo de signo y el modo en que se han de dar y aceptar la ayuda” (Pérez, 2002). En este sentido, se estimularía su autoestima, y la responsabilidad, trazándose sus propios objetivos y planeando, de mutuo acuerdo con el profesor, las actividades y estrategias para lograrlos.

Hoy día existen diversos métodos y estrategias educativas para conducir la labor docente desde la perspectiva que hemos esbozado. Los métodos andragógicos como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el Aprendizaje Centrado en el Estudiante (ACE), el aprendizaje en Grupos Pequeños (AGP), el empleo de tutorías y prácticas autodirigidas, son sólo algunos ejemplos que pueden adoptarse para cambiar la labor docente hacia la nueva visión que hemos esbozado aquí y que están relacionados con la necesidad de preparar a los estudiantes de un modo congruente con el tipo de ayuda que él mismo deberá proporcionar a la hora de enfrentarse en la praxis.

La finalidad de la relación de ayuda, es preparar a los futuros enfermeros, para la actividad profesional en valores y competencias científicas, que permitan imprimir el carácter

profesional de la enfermería, mediante la formalización del aspecto de ayuda y de cuidado que forma parte de nuestra misión. Lo que se pretende es, expresar la intención de ayuda al otro, por medio de la acción comunicativa, en la cual, es el mismo paciente el que coparticipa e interviene, expone e identifica sus problemas de salud, dentro de su contexto y ambiente cultural y familiar (Ferrer, 2003). Es lograr, que el sujeto entienda la importancia que tiene él en sí mismo, como gestor de su propio desarrollo, cuidador y guía de sus conductas (Knowles, 1975).

Actitudes básicas para desarrollar la relación de ayuda.

La relación de ayuda se construye. No se da por inercia, debe haber una actividad intencional de gestar y promover dicha relación, a partir de una serie de elementos que la van conformando. Dichos elementos a su vez son de carácter actitudinal y se les conoce como habilidades centradas en la persona, a continuación se exponen las que consideramos fundamentales y básicas para la relación de ayuda:

<i>Actitud</i>	<i>Definición</i>
<i>Empatía</i>	Actitud dirigida a comprender el mundo del otro. Se describe como una percepción fina y sensible de las manifestaciones de la otra persona, sus sentimientos, vivencias y significados.
<i>Autenticidad</i>	Concordancia entre aquello que se siente, lo que se le expresa al otro, y lo que se pone en acciones. Implica una cierta claridad en los actos, en la forma de asumir los hechos y la comunicación.
<i>Aceptación Incondicional</i>	Capacidad de ausentarse de juicios morales, aceptar sin juzgar, las concepciones del otro. Es el compromiso de respetar a los otros por el sólo hecho de ser personas, aún si me encuentro en desacuerdo con su manera de proceder, su ideología o pensamiento.
<i>Escucha activa</i>	Capacidad de oír, observar, escuchar, tanto lo que se dice como lo que no se nos dice verbalmente.
<i>Respuesta Empática</i>	Hacer uso de la comprensión para contextualizar el significado que tiene la vivencia del problema, sea cual fuere, para la persona, e intentar devolver con mis palabras, acompañadas del lenguaje no verbal, lo que he podido comprender de lo que me ha comunicado, no sólo lo dicho si no lo gestualizado, lo corporalizado.
<i>Personalización</i>	Ayuda a que las personas sean específicas. El evitar las generalizaciones da la posibilidad de asumir la responsabilidad de cada individuo frente a los hechos.
<i>Confrontación</i>	Invitación a un examen profundo, acerca de las discrepancias que llegan a existir entre los sentimientos, pensamientos y acciones. Esta evaluación propicia un clima de diálogo con uno mismo y con los otros. La confrontación pone al descubierto las potencialidades del propio ser y se desarrolla una conciencia de cambio.

CONCLUSIONES

La herramienta educativa de la relación de ayuda, propone una mejora del modo de pensar y de actuar en la relación profesor-estudiante en la carrera de enfermería, de cómo manejar las emociones, y comunicarse asertivamente. Al usar esta herramienta, el papel del profesor y del estudiante dentro del aula se alejan del modo tradicional de vivir la experiencia universitaria. El profesor estaría capacitado para reconocer y aceptar la incertidumbre como elemento esencial de la enseñanza, abandonando la rigidez y diluyendo las barreras, los hilos invisibles que hacen categorizar el mundo que nos rodea. Su tarea ahora es ayudar al estudiante a conseguir sus propósitos de aprendizaje en un ambiente de confianza, de afecto y de profesionalismo derivado de un enfoque humanista de la educación. Desde esta posición el estudiante desarrolla autonomía en sus procesos de aprender y de comprender el mundo, amplía su visión de sí, mismo, de los otros y de su contexto. Se vuelve pues un estudiante autodirigido (Knowles, 1975). La relación de ayuda, debería ser difundida como una base teórica y herramienta educacional idónea para ayudar a formar enfermeras/os con un enfoque congruente con las competencias profesionales que de ellas se esperan al entregar cuidados al paciente. Al tener como punto de partida el diálogo y la comunicación, debería ser integrada como eje transversal en los currículos de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, F.E. (2009) Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de enfermería: aspectos históricos y reflexiones. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 11: 53-66.

- Achury, D. (2008) Estrategias pedagógicas en la formación de profesionales de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 10: 97-113.

- Cibanal, L; Sánchez, M.C; Carballal, M.C. (2010) *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencia de la Salud*. 2ª.ed. Elsevier, Madrid.

- Collière, M.F. (1993) *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid.

- Dander, P. (2001) Repensar l educació des de les emocions *Perspectiva Escolar* 256:4-10 Citado en: Canals Cadafalch M. Otro lenguaje en la educación: relación de ayuda, herramienta para los estudiantes de las facultades de ciencias de la educación Addenda a la II ponencia: los lenguajes de las aretes: escenas y escenarios de la educación XXII seminario Interuniversitario teoría de la educación: 17-19.

- Ferrer, E. (2003) Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. *Educare* 21 [Publicación periódica en línea] 2 Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando1.htm>. Acceso: 27 abril de 2005.

- García, E; Guillén, D; Acevedo, M. (2011) La influencia del conductismo en la formación del profesional de enfermería. *Razón y Palabra* [Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación]. 76 Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N76/varia/5a%20entrega/46_GarciaGuillenAcevedo_V76.pdf. Acceso: 15 octubre de 2012.

- Guadiana, L. (2003) Las artes expresivas centradas en la persona: un sendero alternativo en la orientación y la educación. Entrevista a Natalie Rogers. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* [Publicación periódica en línea] 5 Disponible en: <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-guadiana.html>. Acceso el 17 de abril de 2005

- Knowles, M (1975) *Self directed learning. A guide for learners and teachers*. Cambridge Adult Education. Globe Fearon. Pearson Learning Group. EU

- Medina, J.L. (2003) La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. *Educare* 21 [Publicación periódica en línea] 5 Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare01/ensenando/ensenando3.htm>. Acceso: 27 de Abril de 2005