

**La práctica clínica: Un escenario para la enseñanza y el aprendizaje del
cuidado del paciente con enfermedad crónica.**

Clinical practice: A scenario to teaching and learning care chronic illness

Martha Cecilia Torres Panesso

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Enfermería

Asesora

**Beatriz Elena Ospina Rave. MG.
Profesora Facultad de Enfermería**

Universidad de Antioquia

Facultad de Enfermería

Medellín

2016

"Hasta aquí nos ha ayudado el SEÑOR."

1 Samuel 7:12

**A ti papá que en el cielo duermes y descansas,
A mamá por darme su fuerza y soportarme con su amorosa paciencia,
A mi maestra Beatriz Ospina, compañera de camino, sembradora de sueños,
A la Corporación Universitaria Adventista, por su apoyo incondicional.**

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract.....	9
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema.....	13
2.1 Desde el Contexto Institucional	13
2.2 Desde el Contexto Investigativo	15
2.3 Desde El Contexto Disciplinar	18
2.4 Contexto Social y de Salud	20
2.5 Desde el Contexto de la Educación en Enfermería.....	22
3. Objetivos	26
3.1 Objetivo General.....	26
3.2 Objetivos Específicos.....	26
4. Referente Teórico	27
4.1 Desarrollo de la Educación En Enfermería	29
4.2 Perspectivas Teóricas de la Enseñanza.....	32
4.3 Naturaleza del Cuidado de Enfermería.....	37
4.4 Bases Epistemológicas del Conocimiento de Enfermería.....	39
4.5 Filosofía de Principiante a Experta	44
4.6 Teoría de Virginia Henderson	46
4.7 Acción Comunicativa	48
4.8 Referente Conceptual	51
5. Aspectos Metodológicos de la Investigación	54
5.1 Ruta Metodológica.....	56
5.1.1 Elección del Tema de Investigación	56
5.1.2 Definición de Categorías Teóricas Iniciales.....	57
5.1.3 Acercamiento a la Población, Características y Representatividad de los Participantes	58
5.1.4 Proceso de recolección de la información	59
5.1.5 Organización y Análisis de la Información	64
5.1.6 Devolución de la Información	66
5.1.7 Criterios de Evaluación.....	67
5.2 Consideraciones Éticas	68
6. Hallazgos y Discusión	74
6.1 Proceso de Enseñanza Aprendizaje.....	74
6.1.1 El profesor y el saber teórico	76
6.1.2 El encuentro de los estudiantes con el saber teórico	117

6.1.3 ¿Es el saber práctico una preocupación de los profesores durante la formación?	141
6.1.4 El encuentro de los estudiantes con el saber práctico	200
6.1.5 Relación teoría – práctica.....	253
6.2 Interacción Comunicativa en el Cuidado	258
6.2.1 Interacción comunicativa Profesor/ Estudiante/Profesor	261
6.2.2 Interacción comunicativa Profesor/ equipo de salud/ estudiante	269
7. Conclusiones.....	287
8. Recomendaciones	292
9. Agradecimientos.....	294
10. Referencias Bibliográficas	295

Lista de figuras

- Figura 1. Modelo de inclusión temática.
- Figura 2. Perspectivas pedagógicas.
- Figura 3. Estructura Jerárquica del conocimiento contemporáneo para La práctica de enfermería.
- Figura 4. Ruta metodológica.
- Figura 5. Criterios éticos adoptados por la OMS - según Ezequiel Emanuel.
- Figura 6. Categorías y Subcategorías relacionadas con el proceso enseñanza Aprendizaje del cuidado.
- Figura 7. Saber teórico del profesor y del estudiante.
- Figura 8. Enseñanza PAE en el aula.
- Figura 9. Para que son enseñados los saberes teóricos.
- Figura 10. Como enseña el profesor el saber teórico.
- Figura 11. Como evalúa el profesor el saber teórico.
- Figura 12. Saber teórico del estudiante.
- Figura 13. Como aprende el saber teórico el estudiante.
- Figura 14. Como es evaluado el saber teórico del estudiante.
- Figura 15. Saber práctico del profesor.
- Figura 16. “Que enseña” el profesor en la práctica clínica.
- Figura 17. Saber práctico relacionado con el PAE.
- Figura 18. “Como enseña” el profesor los saberes prácticos.
- Figura 19. “Como evalúa” el profesor los saberes prácticos.
- Figura 20. Saber práctico del estudiante.
- Figura 21. Saberes prácticos “Que aprende” el estudiante.
- Figura 22. Saberes prácticos aprendidos en la asignación “Líder”.
- Figura 23. Saberes prácticos aprendidos en la asignación de cuidado integral.
- Figura 24. Saber práctico relacionado con el “Cuidado”.

Figura 25. “Como aprende” los saberes prácticos el estudiante.

Figura 26. “Como es evaluado” el estudiante en práctica.

Figura 27. Relación Teoría-Práctica.

Figura 28. Interacción comunicativa durante la práctica clínica.

Figura 29. Interacción comunicativa Profesor-Estudiante-Profesor.

Figura 30. Interacción comunicativa Profesor-Equipo de salud-Estudiante.

Figura 31. Proceso enseñanza aprendizaje del cuidado. Conclusiones.

Lista de Anexos

Anexo 1. Guión para la entrevista semi estructurada.

Anexo 2. Guión para la observación no participante.

Anexo 3. Consentimiento informado.

Anexo 4. Declaración de consentimiento informado.

Anexo 5. Matriz de análisis.

Anexo 6. Aprobación comité de ética Universidad de Antioquia.

Anexo 7. Aprobación comité de investigación Corporación Universitaria Adventista.

Anexo 8. Plan de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los
Estudiantes.

Anexo 9. Cronograma

Resumen

Objetivo: Interpretar el proceso de enseñanza y aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica. **Método.** Investigación cualitativa, con enfoque hermenéutico, método de etnografía focalizada. La selección de la muestra fue por conveniencia. La recolección de la información mediante técnicas de observación no participante durante la práctica clínica y entrevista semiestructurada a 8 estudiantes de enfermería de séptimo semestre, 4 profesores de la teoría y la práctica clínica, salvaguardando los criterios éticos de autonomía, anonimato descritos en el consentimiento informado. El análisis fue realizado por método de análisis etnográfico propuesto por Hammersley y Atkinson. Sustentado en los referentes teóricos de la disciplina de enfermería, Benner y José Luis Medina en el currículo de enfermería. **Resultados.** La enseñanza y aprendizaje del cuidado de enfermería durante la práctica clínica están centrados en la enfermedad, con poca influencia del accionar de enfermería desde las necesidades de la persona ante las respuestas humanas frente a la pérdida de la salud. Las interacciones comunicativas que surgen entre profesor, estudiante y equipo de salud, están influenciados por acciones estratégicas con poco predominio de una comunicación bidireccional. **Conclusiones:** La enseñanza y aprendizaje del cuidado del paciente presenta divergencias entre el modelo disciplinar de enfermería y los saberes centrados en el modelo biomédico, centrado en procedimientos y no a la aplicación de juicios clínicos. Hay una preferencia una comunicación estratégica y ausencia de interacción comunicativa entre profesor-estudiante-equipo de salud.

Palabras claves. Práctica, cuidado, enseñanza, aprendizaje, comunicación.

Abstract

Objective: To interpret the teaching and learning process in the training of nursing students during the clinical practicum for the care of chronic disease patients.

Method: Qualitative research with a hermeneutic approach and a focused-ethnography method. The selection of the sample was based on convenience. Data was collected through non-participative observation techniques during the clinical practicum and semi-structured interviews to 8 seventh-term nursing students and 4 clinical theory and practice professors, safeguarding the ethical criteria of autonomy and anonymity described in the informed consent form. The data analysis was conducted by ethnography analysis method of Hammersley and Atkinson. The research was based on the nursing discipline theoretical references, Benner and José Luis Medina, as named in the nursing program curriculum.

Results: The teaching and learning of the nursing care during the clinical practicum are focused on the disease, with a minor influence of the nursing practice based on the needs of the person in relation to the human responses to health loss. The communication interactions arising among professors, students and the health care team are influenced by strategic actions with a minor predominance of a bi-directional communication.

Conclusions: The teaching and learning of patient care present divergences between the nursing disciplinary model and the knowledge on the biomedical model, focused on procedures and not on the application of clinical judgments. There is a preference of a strategic communication and absence of communication interaction among professors, students and the health care team.

Keywords: Practice, care, teaching, learning, communication.

1. Introducción

El desarrollo del conocimiento de la disciplina de enfermería ha estado sujeto a los cambios generados en las prácticas de cuidado y a la conceptualización alrededor de su identidad como profesión autónoma, que tiene finalidad delimitar su razón de ser, su campo de actuación y los aspectos que constituyen la educación en enfermería como camino para la continuidad y el fortalecimiento de la disciplina y de la profesión.

Es en el marco de la educación en enfermería, donde se ubica el tema de esta investigación, la comprensión del proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, que permitió identificar las dinámicas pedagógicas y comunicativas que surgieron en la interacción de profesores, estudiantes, enfermeras y equipo de salud, con el paciente en el proceso de afrontamiento ante la pérdida de la salud y la experiencia vivida ante el proceso de hospitalización.

La práctica clínica es definida por Benner (1), como un escenario complejo por la diversidad de situaciones clínicas que en ella se viven, la cuales giran en torno a las necesidades humanas del paciente y su familia, a la manera de actuar de cada uno de los miembros del equipo de salud, la cultura organizacional hospitalaria y la forma como se llevan a cabo las prácticas de enfermería dirigidas a la persona sujeto de cuidado, a la vez, que puede tornarse en una experiencia estresante, causando angustia, estrés y ansiedad en profesores, estudiantes y enfermeras (2).

La falta de investigaciones orientadas a la comprensión de la manera como es dado el proceso de enseñanza aprendizaje y el camino recorrido para llegar por parte de los estudiantes al conocimiento del que hacer de la profesión, abre interrogantes relacionados con: ¿Por qué los profesionales de enfermería centran su accionar en una práctica centrada en procedimientos y tareas?, ¿De qué manera aprenden el cuidado los profesionales de enfermería? ¿Cómo es llevada a cabo esta enseñanza durante la práctica?. Preguntas que durante mi trayectoria como enfermera clínica y docente universitaria me llevaron a investigar, para dar

respuestas para el mejoramiento de las prácticas formativas en el programa de enfermería en la institución donde llevo a cabo el ejercicio de la docencia.

Estudios investigativos, evidencian que aunque profesores y estudiantes consideran la práctica clínica el escenario propicio para el aprendizaje de la enfermera en formación, falta planificación por parte de los profesores para la enseñanza, a lo que se suma, su poca preparación en aspectos relacionados con la educación, debido a que enseñar es una actividad compleja que no se fundamenta solamente en una habilidad (3).

El interés del estudio fue contribuir a la solución de la problemática objeto de investigación, en la medida que permitió identificar cómo aprenden los estudiantes durante la práctica clínica, los saberes prácticos para cuidado del paciente con enfermedad crónica, desde la comprensión de este proceso de la enseñanza de los saberes en el aula. En este sentido, se toman las perspectivas filosóficas de la teoría de Patricia Benner “De principiante a Experta”, y los pilares epistemológicos sustentados por la enfermera investigadora Jaqueline Fawcett, para analizar a la luz de la disciplina, como es llevado a cabo el desarrollo de habilidades clínicas para el afrontamiento de las situaciones objeto de cuidado cimentadas en los núcleos disciplinares de la enfermería.

Su aporte estuvo orientado, en primer lugar, a la identificación de los saberes que son enseñados y aprendidos, por profesores y estudiantes durante la práctica clínica, que permitieron comprender de que manera están implícitos y son enseñados los contenidos disciplinares en el programa y mejorar las prácticas pedagógicas, con el fin de propiciar una enseñanza centrada en la disciplina, encaminada hacia un ejercicio del profesional de enfermería, desde las respuestas humanas del paciente ante la pérdida de la salud en su proceso de hospitalización.

En segundo lugar, se beneficia la disciplina porque fortalece los cimientos disciplinares específicos al acto del cuidado centrado en los referentes paradigmáticos de la profesión, a saber: la salud, el entorno, la enfermería y la persona, fortaleciendo la identidad profesional en los estudiantes en formación y

en el grupo de enfermeras que brindan el cuidado al paciente con enfermedad crónica.

Finalmente, se beneficia el paciente y la familia en la medida que el estudiante en el proceso de enseñanza - aprendizaje pueda reconocer como se presenta la relación de la teoría y la practica en aspectos que no solo implican el cuidado biosicosocial, sino las interacciones que surgen de la relación con el paciente y que pueden contribuir a su proceso de recuperación.

Dentro de este contexto, el objetivo de la investigación fue interpretar el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, de manera que se pueda ampliar el marco de comprensión de las prácticas docentes orientadas a la enseñanza del cuidado y del estudiante en el proceso de aprendizaje.

2. Planteamiento del problema

2.1 Desde el Contexto Institucional

El proceso de formación profesional se lleva a cabo al interior de los programas académicos ofertados en las diversas instituciones de educación superior, en la actualidad, son diversos los retos que las universidades enfrentan relacionados con cambios económicos, sociales y ambientales que afectan de manera directa los perfiles profesionales de acuerdo a las necesidades del entorno, afirma Castrillón (4), así mismo, la implementación de prácticas permanentes de autoevaluación, que subyacen en la acreditación de los programas académicos (4), y de las cuales se derivan aspectos que evidencian necesidades de efectuar transformaciones curriculares cimentadas en procesos investigativos al interior de los microcurrículos, que permitan identificar los núcleos problémicos alrededor del proceso enseñanza aprendizaje del cuidado de enfermería en el programa.

En este contexto, la Corporación Universitaria Adventista (UNAC), considera y acepta que el desarrollo del ser humano debe comprometer su intelecto, su espíritu, su cuerpo y su sociabilidad. Esta Institución ha atendido el arte, la técnica, la Tecnología y la ciencia; para favorecer el desarrollo armonioso del ser humano, debe adentrarse en el terreno de la Salud, para aportar a la sociedad en lo relacionado a la calidad de vida de individuos y colectivos. (5)

La carrera de Enfermería inició actividades el 1 de julio de 2009, con una cohorte de 25 estudiantes escogidos mediante proceso de selección entre cerca de 100 aspirantes, teniendo a la fecha cuatro cohortes de egresados. En la actualidad, el programa se desarrolla atendiendo a los lineamientos y políticas institucionales y al PEI del programa. su cultura institucional, esta centrada en la filosofía adventista que proclama a Dios como su creador y sobre la cual se cimentan las bases de su formación cristiana, (5). Su cultura institucional, centrada en la

filosofía adventista que proclama a Dios como su creador y sobre la cual se cimentan las bases de su formación cristiana.

Misión del Programa de Enfermería

Formar profesionales en enfermería, como ciudadanos integrales, con sólida formación científico - técnica, con respaldo en criterios éticos, espíritu emprendedor, responsabilidad civil y profesional, y alta vocación de servicio. Para un ejercicio idóneo, para el cuidado de la vida y la salud de los seres humanos en sus dimensiones individual, familiar y colectivo.

Visión del Programa de Enfermería

El programa de Enfermería de la FCS de la UNAC, será reconocida a nivel nacional e internacional por la formación de profesionales Integrales con alta calidad pedagógica, científica, investigativa, tecnológica y humana, competentes en el cuidado de la vida y la salud de los seres humanos en sus dimensiones individual, familiar y colectiva, respondiendo con vocación de servicio, compromiso social, profesional, ético y humanizado.

Para llevar a cabo el proceso enseñanza aprendizaje, el programa se encuentra organizado por ciclos vitales, considerando el cuidado de enfermería como el centro de la estructuración curricular de cada microcurrículo, y aunque desde el Proyecto Educativo del Programa (PEP) (6), existe una intencionalidad en la formación de basar la enseñanza buscando la coherencia de los contenidos con las necesidades sociales y académicas, sin embargo, se encuentran algunas divergencias entre los saberes enseñados y los principios que rigen la disciplina de enfermería.

Es frecuente encontrar dificultades en los estudiantes durante la práctica clínica, relacionadas con la elaboración de planes de cuidados y la ejecución de las intervenciones, que implica su participación en interacción con el equipo interdisciplinario de los servicios de hospitalización donde se lleva a cabo este proceso, así mismo, durante las prácticas académicas, se han evidenciado en los estudiantes vacíos en la relación que establecen entre lo enseñado en la teoría y

el conocimiento en la práctica. Por lo tanto, es necesario identificar los saberes teóricos y prácticos que son enseñados por los profesores y aprendidos en los estudiantes de enfermería, que permitan tanto comprender la relación del saber teórico con el saber práctico, como su aplicación durante la práctica clínica para el cuidado del paciente durante la estancia hospitalaria.

2.2 Desde el Contexto Investigativo

El desarrollo investigativo en la educación en enfermería se ha llevado a cabo mediante múltiples estudios que evidencian en primer lugar, la importancia del acompañamiento del estudiante en la práctica clínica por docentes y tutores.

Dentro del contexto de la práctica clínica, la experiencia del docente durante la enseñanza de la enfermería juega un papel importante. Estudios realizados en Australia (7) y el Reino Unido (8), evidencian como la inadecuada preparación para fomentar el aprendizaje en el contexto, la deficiente planeación en el hospital, la falta de reconocimiento o remuneración del rol docente de quienes son designados como tutores, la falta de comprensión a cerca de los aprendizajes necesarios para estudiantes y recién graduados, son elementos que dificultan el proceso (7).

Resultados de investigación en Suecia (9), señalan como la enfermera docente debe ser capaz de crear oportunidades de aprendizaje, que cumpla con los requerimientos académicos de educación, a la vez, que necesitan tener competencias pedagógicas para ejercer adecuadamente la función de docentes, lo cual está en concordancia con hallazgos procedentes de estudios llevados a cabo en Canadá (10), que reafirman la importancia del rol docente durante la enseñanza en la práctica clínica enfocado a brindar el conocimiento teórico, la experiencia clínica y ser referente del comportamiento como modelo profesional.

Evidencia este estudio, como una enfermera experta tiene un impacto significativo en el aprendizaje del estudiante, y como los docentes expresan tanto la variabilidad de la enseñanza dependiendo de la habilidad del estudiante, ya que

algunos requieren mayor tiempo en la preparación del cuidado de los pacientes, y así mismo manifiestan, como el tiempo contratado supera la preparación de la enseñanza.

Además, los autores (10) describen como el proceso enseñanza aprendizaje incide en los resultados de los pacientes, ya que se invierte más tiempo en la comunicación con paciente y familia; identificación de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales para la planeación del cuidado más sigilosamente.

En Estados Unidos, Benner (11), usando el modelo de Dreyfus, para la adquisición de habilidades, a partir de la realización de tres estudios, describió la naturaleza de la adquisición de habilidades de la enfermera en cuidado crítico y describir como se adquiere el conocimiento práctico en el enfermero experto.

Como resultado de los tres estudios Benner describió la práctica como un entorno, complejo, variado e indeterminado, donde una buena práctica requiere tanto de la aplicación de un juicio clínico informado, como de enfermería basada en la evidencia y conocimiento en el desarrollo tecnológico donde se lleva a cabo la práctica de la enfermera, (11), así mismo, señala como el modelo Dreyfus sugiere un aprendizaje experiencial, que requiere compromiso del aprendiz, sensibilidad y actitud receptiva para mejorar todo el tiempo.

A esto se suman, resultados de investigaciones llevadas a cabo en México por la Dra. Morán (12), que refiere como el docente debe poseer aptitudes y actitudes para la enseñanza clínica, y como estas influyen positiva o negativamente en el aprendizaje durante la práctica clínica, además, relata como factores del contexto intervienen también en la enseñanza aprendizaje en el escenario clínico.

En ese mismo sentido, aportes procedentes de investigaciones en Chile (13), evidencian tres elementos relevantes relacionados con la experiencia de ser enfermera docente, a saber: ser docente en el hospital, puede generar factores estresantes para el profesor que van desde la manera de distribuir las actividades

con los estudiantes para no favorecer el error y la presencia de factores que le producen tensión, como exponerse a la crítica ante el paciente y la familia.

En Colombia, se hallan trabajos de investigación enfocados a evaluar la eficiencia de los métodos de evaluación, o a la forma como se lleva a cabo la integración del currículo con las competencias, sin embargo, a la fecha de la escritura de los resultados, no se encuentran trabajos investigativos publicados que describan de forma específica el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica del estudiante de enfermería, o que permitan vislumbrar lo que sucede actualmente en la docencia de enfermería en los campos de la práctica clínica, generando un vacío investigativo en esta área de la educación en la disciplina, que permita llevar a cabo transformaciones curriculares al interior de los programas de enfermería y fortalecer las líneas de investigación en esta área, que den respuesta a la necesidades de formación actuales, acorde a los cambios acelerados del entorno.

Dentro de este contexto, el programa de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC), ha venido consolidando el área de investigación, no solo como un requerimiento del registro calificado con proyección a la acreditación de alta calidad, sino como la estrategia de fortalecimiento académico y disciplinar.

Por tanto, se requiere del mejoramiento de las prácticas académicas actuales al interior de los diferentes microcurrículos que estructuran el programa de enfermería, a partir de la integración de la investigación tanto para el desarrollo curricular, como en el proceso de enseñanza aprendizaje, que propicie en el estudiante el pensamiento crítico y la capacidad de situar el conocimiento para la solución de problemas de cuidado, así mismo, es necesario precisar como se llevan a cabo las relaciones comunicativas entre profesor-estudiante y el equipo de salud en el ambiente de aprendizaje clínico.

Fortalecer la investigación en el programa requiere de la formación de grupos y líneas disciplinares, cuyos objetos de estudio giren en torno a las necesidades sociales, profesionales y laborales, en todos los escenarios donde se lleva a cabo el ejercicio profesional.

2.3 Desde El Contexto Disciplinar

La fundamentación disciplinar en enfermería se basa en los conocimientos científicos que sustentan la profesión, en las teorías desarrolladas por las diversas autoras de enfermería y en los lineamientos normativos que rigen la práctica en los diferentes contextos.

A partir de la normatividad colombiana, se describe el cuidado como el ser y la esencia del ejercicio de la Profesión de Enfermería desde la ley 911 de 2004, (14) fundamentada tanto en las teorías y tecnologías propias a la disciplina como en los conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, proceso que es llevado a cabo mediante la comunicación y la relación establecida entre la enfermera cuidadora y el paciente crónico sujeto de cuidado dentro del contexto del presente estudio.

Es de gran importancia lo expuesto a partir del Código Deontológico de Enfermería (15), quien sitúa al profesional de enfermería no solo en el marco asistencial, sino las diversas acciones que surgen a partir de su desempeño en el área docente, rol desde el cual se debe estimular en el estudiante el pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente, para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley con responsabilidad profesional y social.

De aquí, se deriva la necesidad de sistematizar la experiencia de la enseñanza y del aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica, permitiendo por un lado, la comprensión de las prácticas educativas y de cuidado, su relación, sus estrategias, la condición del paciente, la relación de la teoría con la práctica, aprendizaje, y de forma simultánea permitiendo dotar de sentido el aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica en el periodo de hospitalización.

En esta perspectiva, se constituye un aporte importante la fundamentación teórica

desarrollada desde la filosofía descrita por Benner (16), quien refiere que la adquisición de habilidades basada en la experiencia es más segura y más rápida cuando tiene lugar a partir de una base educativa sólida.

Además, lograr que el estudiante realice una práctica reflexiva que oriente las decisiones del cuidado, basado en las teorías propias de enfermería que fortalezcan las intervenciones que son inherentes a su rol de cuidador, cimentadas en el conocimiento científico disciplinar, lo que según Medina (17), va más allá de acciones meramente instrumentales, llevando al estudiante a poner en práctica las intervenciones de enfermería y las habilidades de decisión clínica en situaciones reales, propiciando en el acto de la enseñanza una práctica reflexiva que le permite al estudiante relacionar la teoría con la práctica en el cuidado del paciente con enfermedad crónica en su estancia hospitalaria.

Existen estudios que resaltan el papel del profesor en el mejoramiento del aprendizaje de los estudiantes durante la práctica clínica, a través, del apoyo y las acciones que realiza, las cuales son vistas como un modelo a seguir por los estudiantes, quienes ven en el docente, un facilitador del aprendizaje, por medio de una realimentación constructiva, propiciando la obtención de habilidades clínicas (7).

Otras investigaciones, refieren como los estudiantes presentan dificultades para su inserción en la práctica clínica, relacionadas con la diversidad de criterios docentes en la propia práctica clínica (18), en ese sentido, en la UNAC, se evidencia dificultades en la respuesta de los profesores y estudiantes durante la práctica clínica, en los espacios abiertos para el diálogo académico, que propician la discusión de los aspectos disciplinares para la generación de consensos frente al objeto de estudio de la disciplina y la naturaleza del cuidado enseñado en la teoría y en la práctica clínica.

2.4 Contexto Social y de Salud

La población adulta en esta investigación, incluye a las personas que se encuentran entre los 35 y 64 años, estadio denominado como edad adulta mediana, caracterizada por una estabilidad en el estado físico y emocional de la persona, sin embargo, los hábitos de vida desarrollados en este periodo de la vida son determinantes para la presencia de enfermedades crónicas en la edad adulta mayor (19). Se puntualiza que el surgimiento de estas enfermedades puede llegar presentarse en etapas tempranas en el adulto medio, consecuente con los hábitos de vida.

La población adulta presenta rasgos importantes, manifestados por una serie de cambios que se van llevando a cabo a través del tiempo de forma gradual, continua e irreversible, los cuales van desde lo físico, psicológico y social, y se presentan de forma diferente en cada persona. Al respecto Suso y Zobero (20), señalan que la vejez no está determinada por la edad cronológica, sino por la habilidad funcional ó la pérdida de ella, lo que condena a los adultos mayores a la dependencia física y les dificulta tener una vida activa.

Estos cambios físicos unidos a los procesos de vida inherentes al desarrollo humano y los hábitos inadecuados de la persona, pueden favorecer las enfermedades crónicas, las cuales impactan la calidad de vida del individuo, requiriendo en su atención servicios especializados, de orientación, apoyo y ayuda para el afrontamiento de estos problemas.

Desde el punto de vista social expresa Arias (21), el Apoyo Social en la Vejez, sucumbe bajo las profundas transformaciones que se están produciendo en la estructura de la población impactan en diversas áreas, lo cual no solo incide en la dinámica demográfica, sino la estructura política e institucional de los gobiernos, las relaciones establecidas dentro de la sociedad, derechos humanos y la calidad de vida de las personas.

De igual manera, expone que a nivel de los grupos se presentan una serie de cambios ya que se presenta el peso creciente del grupo de adultos mayores, el

aumento de hogares unipersonales, el aumento de la dependencia y consecuente a esto, la mayor necesidad de los cuidados.

Sumado a estas características que subyacen en la población adulta mayor, se presenta la enfermedad crónica, definida por Corbin JM, citado por Chaparro (22), como la “Condición física o mental que requiere monitorización y manejo de largo plazo (superior a 6 meses) para controlar los síntomas y el cual está determinado con un curso especial de la enfermedad”, situación que genera en el paciente disminución de sus capacidades para llevar a cabo sus actividades significativas y rutinas normales, causando no solo malestar físico sino psicológico de las personas y las familias, afirma Shuman. R. (23).

Tal condición, obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona, que tiende a persistir a lo largo de su vida, conjugando una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos se encuentran el ambiente, los estilos de vida y los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida, refiere Montalvo P. A., Cabrera (24).

La manera como las enfermedades crónicas afectan la población y su influencia en la calidad de vida de las personas, obliga a que la formación de las enfermeras durante de la práctica clínica, no solo se centre en la ejecución de actividades, sino en la calidad del cuidado y de la educación dada al paciente y a su familia, en aspectos que favorezcan la recuperación de la salud y la autonomía.

Por tanto, es necesario comprender desde la investigación, como durante la formación de las enfermeras, son enseñados y aprendidos los saberes relacionados con el cuidado del paciente con enfermedad crónica durante las prácticas, y por consiguiente, si las interacciones que surgen entre estudiante-profesor-paciente y equipo de salud, giran entorno a las necesidades reales de las personas sujeto de cuidado relacionadas con la vida, la salud, y el afrontamiento de los cambios presentados por la pérdida de la misma, o de la experiencia vivida durante el período de hospitalización.

2.5 Desde el Contexto de la Educación en Enfermería

La educación de enfermería a través de la historia ha sido permeada por diversos factores, que han variado en su origen las prácticas de cuidado tanto en su estructura, como en los actores que han participado en su realización, según el momento histórico y las condiciones sociales que la caracterizaron.

En la actualidad, la educación superior se encuentra inmersa en los cambios culturales, socioeconómicos y políticos que ha generado el fenómeno de la globalización a nivel mundial, situación que ha propiciado cambios en la forma de establecer las relaciones comerciales, las comunicaciones y concertaciones a cerca los lenguajes que propicien un entendimiento entre las poblaciones de diversos países y culturas (25). La educación superior, según refiere Lucchesi (26), representa la base de la continuidad del proceso de desarrollo económico y justicia social y frente a este contexto trata de internacionalizarse.

Enfermería no está ajena a este contexto. Al respecto, las enfermeras Baumann A., y Blythe J. (27), señalan que son múltiples los retos a los que se enfrenta la educación superior en enfermería para dar respuesta a las exigencias del entorno globalizado, entre ellos la demanda creciente de enfermeras calificadas en países como Estados Unidos, Gran Bretaña y España, exigen de la formación la unificación de competencias orientadas al desempeño del profesional de enfermería en cualquier contexto. Además, de aspectos relacionados con la acreditación de alta calidad de los programas para el mejoramiento de la calidad de educación de enfermería a nivel universitario (28).

A esto se suman, factores relacionados con los cambios originados en las transiciones paradigmáticas en la educación, nuevos objetos de estudio (29), y de las nuevas necesidades de salud y de cuidado que emergen de las mismas, lo cual ha llevado a evidenciar un conflicto teórico-práctico relacionado con la desorientación epistemológica en las ciencias de enfermería, afirma Siles (30).

En este contexto, la práctica clínica emerge como un escenario complejo debido a la conjunción de factores derivados de la condición de la persona sujeto de

cuidado, de la disposición de recursos para la ejecución de las intervenciones planeadas (1), y de las interacciones que surgen de la relación entre profesores y estudiantes, las enfermeras, el equipo de salud, los pacientes y sus familias (31), tomando relevancia durante la formación, los procesos de enseñanza aprendizaje que se llevan a cabo para lograr el conocimiento de la disciplina, lo cual, designa a la práctica clínica, como un escenario propicio para la adquisición tanto de habilidades técnicas como teóricas, un espacio que debe favorecer el fortalecimiento del saber, el ser y el hacer de una manera armónica.

Cabe destacar, que son múltiples los factores que pueden facilitar o limitar el proceso de aprendizaje del cuidado, entre ellos se encuentran: la forma como el estudiante participa en las situaciones de cuidado en las cuales se ve inmerso durante la práctica clínica, las dificultades en la comprensión y aplicación de la teoría en la práctica, y las respuestas que el paciente y la familia pueden tener durante la estancia hospitalaria y que son inherentes al ser humano cuando se enfrenta a situaciones que perturban su condición de salud (32).

Así mismo, se resalta la necesidad de trascender el rol del cuidador centrado en la ejecución de intervenciones que solo dan respuesta al cuidado físico o a las necesidades que surgen por las condiciones de deterioro de la salud del paciente, dejando de lado factores que hacen parte de su dimensión emocional, espiritual, afectiva, ética o estética, fundamentales para el cuidado y para trascender la atención centrada en el modelo biomédico, que ha llevado a la instrumentalización de las prácticas de cuidado, asumiendo como centro la tecnología y no el ser humano como sujeto de cuidado (33).

En ese sentido, al referir en la formación el carácter social de la enfermería como profesión, Medina (17), refiere una disyuntiva entre la enseñanza práctica de profesionales de enfermería y la articulación en el currículo de formación inicial, que es el contexto donde se materializan y adquieren sentido y significado las prácticas de formación, debido a la falta de claridad de rol de la enfermera, Castrillón lo define como “la falta de identificación, de una apropiación de su objeto, la poca claridad de su función social y la división del trabajo entre los diferentes niveles de enfermería” (34).

Por lo tanto, la preparación de las prácticas académicas por parte del estudiante, son un factor fundamental para el aprendizaje del cuidado en el estudiante durante la práctica clínica, experiencia que según Henderson A., Eaton E. (7), le permite el conocimiento con antelación al contacto con las situaciones de cuidado, de los objetivos de la práctica y de la metodología de trabajo, favoreciendo la confianza y la comunicación con el docente.

Según Benner (1), existe una falta de sistematización del conocimiento tácito de la enfermera que surge de las experiencias que ella tiene al enfrentar las diversas situaciones clínicas que surgen durante la práctica, lo cual, ha privado el desarrollo teórico del conocimiento tácito de la práctica clínica experta. Este vacío investigativo contribuye a desvirtuar el rol de cuidador por la poca fundamentación en los elementos paradigmáticos y en los referentes teóricos del cuidado propios a la ciencia de enfermería, relegando a un segundo plano la enseñanza reflexiva del cuidado.

Es importante considerar en nuestro contexto la necesidad de sistematización de los procesos de enseñanza aprendizaje en el ambiente de la práctica clínica, que evidencien los factores determinantes para un aprendizaje significativo del cuidado, que permitan el mejoramiento de enfermería como práctica social.

Pregunta central

¿Cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica?

Sub-preguntas

- ¿Cuáles son los saberes teóricos y prácticos que utilizan el profesor y el estudiante de enfermería durante la práctica clínica para el cuidado del paciente con enfermedad crónica?
- ¿Cómo se relaciona el saber teórico con el saber práctico durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica?

- ¿Cuáles son los métodos y las estrategias utilizadas por el estudiante y el profesor durante el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica?
- ¿Cómo se da la interacción comunicativa entre docente- estudiante- paciente- familia y equipo de salud durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica?

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Interpretar el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los saberes teóricos y prácticos que utilizan el profesor y el estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.
- Analizar cómo se da la relación del saber teórico con el saber práctico durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.
- Describir los métodos y las estrategias didácticas utilizadas por el estudiante y el profesor durante el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.
- Describir como se da la interacción comunicativa entre profesor- estudiante-profesor y equipo de salud durante el proceso de formación en la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.

4. Referente Teórico

Se construyó a partir del modelo de inclusión temática que está basado en la teoría de sistemas que orienta la organización conceptual y permite relacionar cada una de las partes con el todo, con el fin de estructurar con sentido la red de relaciones posibles para la comprensión del objeto estudiado y dar soporte a los hallazgos encontrados en la investigación.

Su construcción se realizó a partir de los hallazgos de la investigación, lo cual, me permitió identificar categorías teóricas pre-eliminables que tuvieron relación con el tema objeto de estudio. En la investigación cualitativa el referente teórico se nutre de los hallazgos de la investigación en el cual se van validando las categorías teóricas, bien sea porque se mantengan o porque emerjan otras. En esta investigación el referente teórico partió de una versión intuitiva como investigadora, y se configuró de manera progresiva a partir de los hallazgos, es decir, su construcción se llevo a cabo durante todo el proceso investigativo, en la medida que se surgieron los hallazgos y la emergencia de los datos.

Al respecto Corbin Straus (35) refieren, que estar familiarizado con la literatura pertinente puede aumentar la sensibilidad a los matices sutiles de los datos, aspecto que favoreció en el proceso del trabajo de campo y de análisis estar atenta como investigadora, a la emergencia del dato y a la identificación de la voz emic de los participantes.

A continuación se presenta el diagrama bajo el cual se llevó a cabo el desarrollo del referente teórico de la investigación. (Figura 1).

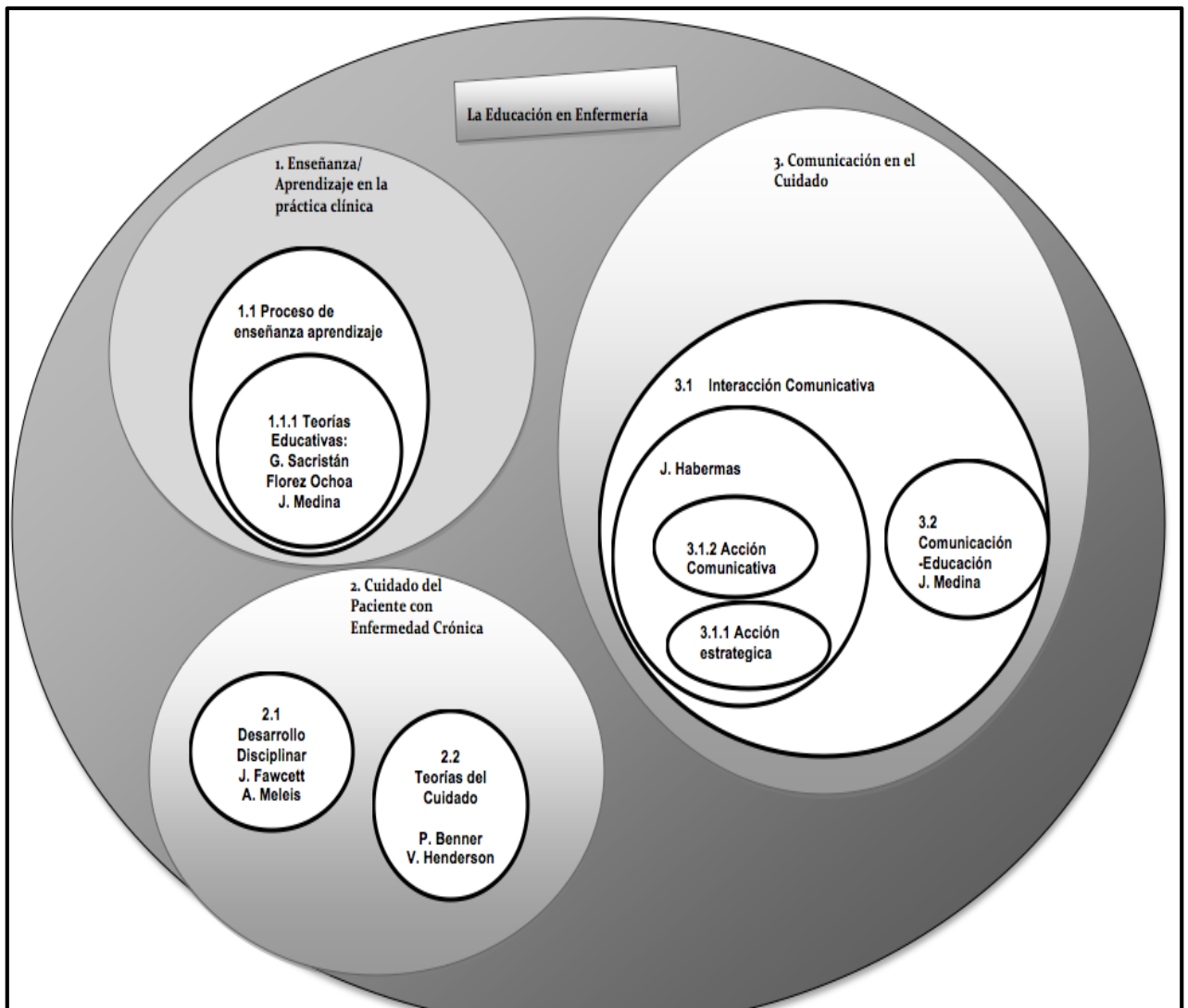


Figura 1. Modelo de inclusión temática. Adaptación de la propuesta realizada por el CINDE. ¹

¹ Modelo de estructura de inclusión temática. Como elaborar un proyecto de investigación en ciencias sociales. Taller 9. Construcción del referente conceptual del proyecto. CINDE. 2007.

4.1 Desarrollo de la Educación En Enfermería

La enfermería como práctica es tan antigua como la historia de la humanidad, de forma consecuente en su desarrollo como disciplina autónoma requiere para su ejercicio un proceso de formación formal, el cual se ha estado ligado a los cambios sociales del momento.

Según Sacchetti (36), la práctica antes de la profesión, tuvo varios matices mediados en primer lugar, por el cuidado a cargo de las mujeres, como patrimonio con conocimiento de las plantas, situación que tuvo gran auge en las sociedades agrarias y que generó inconformidad por parte de la iglesia, ya que causaba efectos que no podían explicar. En segundo lugar, por el surgimiento de los sacerdotes, quienes en su ejercicio se constituían tanto en los líderes concededores de drogas y pócimas, como en los mediadores de la divinidad con la sociedad civil.

En tercer lugar, por la existencia de templos religiosos, lugares de hospedaje y monasterios, que dieron origen al Hospital, el cuidado familiar de los miembros de la sociedad, en los extremos de la vida, tales como: niños, ancianos, enfermos o discapacitados, resultantes de epidemias, la hambruna, la guerra y por la existencia del propio hospital, lo que abrió la necesidad de tener personal entrenado para la atención de este tipo de personas.

Describe Sacchetti (36), que en la Roma Cristiana, surge una de las grandes precursoras de la enfermería, Fabiola, quien no solo funda en el siglo IV un hospital de caridad, sino en el año 394 crea además el primer hospital público civil en Europa, época para la cual se sitúa el origen de la palabra enfermería, según Gálvez este emerge “del término latino infirmitas, (el que no está firme) que se aplica a los soldados heridos, a la complexión débil, al denominado sexo débil (mujeres y niños). Infirmitas no es traducción de enfermedad, concepto al que se denominaba morbus, en latín” (36).

Según la autora (36), en el siglo XVIII se construyen los primeros hospitales, con la creación y el dominio de la monarquía, filántropos y de comerciantes muy acaudalados, se implanta la idea del cuidado de los débiles.

Dentro del marco histórico del surgimiento de la profesión, este se encuentra permeado por el desarrollo de eventos históricos, la revolución Francesa en Europa y en América en la Conquista, que llevaron a la movilización de gentes no solo hacia la guerra con motivos bélicos, sino para la atención de heridos, enfermos y desvalidos. Las mujeres retomaron los poderes domésticos, civiles y religiosos, y desempeñaron papeles claves junto con los hombres, inicialmente Europa y luego en América, hay mujeres que surgen y se convierten en heroínas y desarrollan pensamientos libertarios, emancipatorios.

En Inglaterra, señala Sacchetti (36), se da el gobierno por la reina Victoria, bajo la cual se desarrolla un periodo de superioridad británica, caracterizado por: la creación de la universidad inglesa (1837), la Instalación del primer colegio universitario de educación (1848) y el acceso a la educación a la clase media y alta, surge además el término de gobernanta para la mujer, el cual es un escalafón más alto que el de la sirvienta.

Con el desarrollo de la guerra, la profesión tiene un cambio histórico importante, ya que en la guerra de Crimea, esta se ve afectada no por los muertos de la guerra, sino por los heridos complicados y las muertes resultantes, por tanto, obliga a tomar medidas en cuanto al envío de mujeres a la guerra para el cuidado de los soldados heridos. Es aquí, donde surge la participación de Florence Nightingale, quien desde sus acciones no solo habló de la importancia de llevar a cabo una enfermería laica, sino que contribuyó a la sistematización de las prácticas ejecutadas hasta el momento de manera intuitiva, por medio de la integración de la investigación, la asistencia, la formación y la generación de políticas públicas.

La creación de la enfermería en América, surge a partir de la migración hacia este continente dada por la crisis Europea, donde de forma simultánea a la migración demográfica, se da la migración de ideas políticas, culturales, de lenguas y consecuentemente de las formas de resolver los problemas en salud. El epicentro

de formación en salud pública en enfermería es dado en la universidad de New York, por medio de la formación en rehabilitación por los discapacitados de la guerra, (36).

En Norte América el desarrollo de las prácticas cuidantes emerge a partir de la inclusión de mujeres a las tropas, por medio de la convocatoria realizada por Lincon, quien convoca mujeres a las tropas para la atención de los heridos de la guerra, a la vez, que las Religiosas católicas migrantes, construyen hospitales con énfasis en formación de enfermeras, proceso liderado por las Hermanas Santa Cruz y Hermanas de la Providencia en Santa María, resaltando que el carácter pionero de las mujeres en América impulsó el desarrollo temprano de múltiples instituciones formadoras y asociaciones profesionales, propiciando que hacia 1868, el funcionamiento de las escuelas de formación, funcionaran en los hospitales, donde eran admitidas Jóvenes, blancas y solo de clase media.

En América Latina el desarrollo de la profesión es dado por medio del proceso de evangelización, llevado a cabo de manera conjunta con los hechos históricos de la guerra en los diversos contextos de cada país. De esta manera, en Colombia la llegada de las hermanas católicas, favoreció su desarrollo, tras padecer la guerra de los mil días, lo que generó la inclusión de las religiosas en el cuidado, (36).

La formación de las enfermeras en Colombia, se encontraba a cargo de las órdenes religiosas hasta la década del 70, fecha en la cual por decreto gubernamental, se acaban los internados de formación en enfermería, y se substraen las religiosas de los hospitales por razones de carácter político.

De forma consecuente, con los cambios sociales, se da origen a las escuelas de enfermería en los hospitales, situación que fue sujeto de cambio, con la reforma de la educación, la cual extrae la formación específica con requerimientos especiales tanto a nivel profesional universitario, como a nivel técnico.

4.2 Perspectivas Teóricas de la Enseñanza

Para la comprensión del discurso teórico bajo el cual se ha sustentado el proceso educativo en su desarrollo a través del tiempo, a continuación se describen las cuatro perspectivas teóricas y los diversos enfoques pedagógicos presentados por Pérez A. en *Comprender y Transformar la Enseñanza*. (Figura 2).

En primer lugar, se encuentra la perspectiva académica sobre la enseñanza, adscrita al paradigma positivo. En esta perspectiva prevalece la transmisión de conocimientos por parte del profesor, quien es un especialista en los diversos saberes que hacen parte de la cultura, y la adquisición de conocimientos por parte del estudiante, Pérez A. lo define como “la adquisición de la cultura publica que ha acumulado la humanidad” (37). Dentro de la perspectiva académica se encuentran dos enfoques, el enciclopédico y el comprensivo.

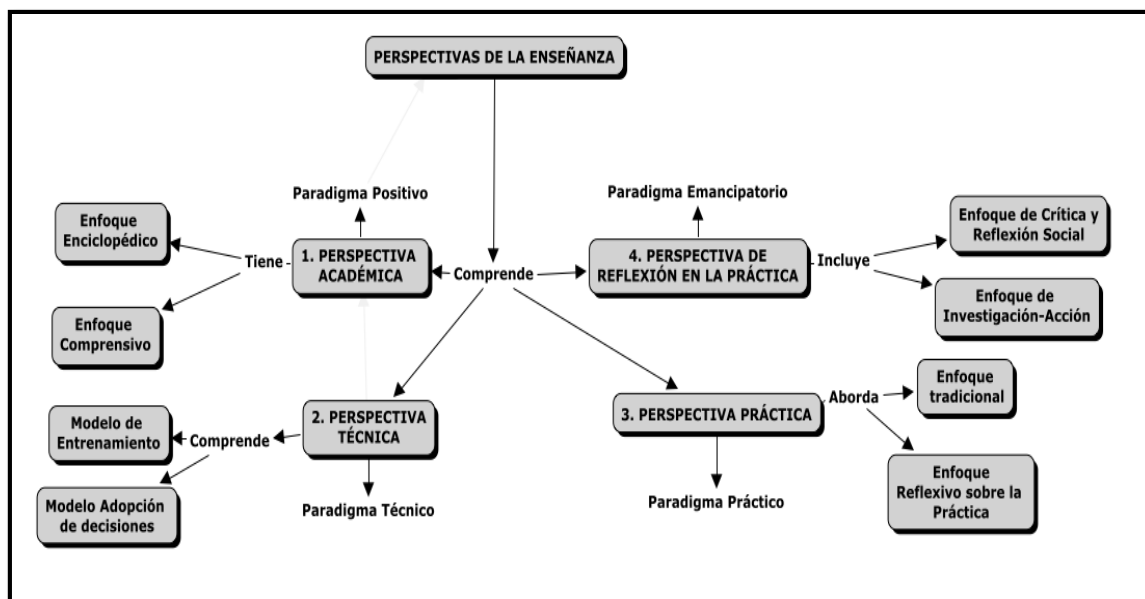


Figura 2. Basado en *Perspectivas de la enseñanza*. Fuente: *La función y formación del profesor en la enseñanza para la comprensión*. Pérez G, Ángel.²

² Sacristan JG, Perez G, A. En: *Comprender y Transformar la Enseñanza*.

En el enfoque enciclopédico predomina el cúmulo de conocimientos en diversas disciplinas que debe tener el profesor, el cual no procede propiamente del proceso investigativo, no hay distinción entre el saber y el saber enseñar, no hay predominio por el saber pedagógico, la enseñanza se rige por el “respeto a la secuencia lógica y la estructura epistemológica de la disciplina” (37), la transmisión de conocimientos es dada por medio del cumplimiento de la secuencia lógica y estructural de una disciplina.

En el enfoque comprensivo a diferencia del anterior, el docente debe incorporar en su práctica el conocimiento tanto de su disciplina objeto de enseñanza, como de la pedagogía y de la didáctica para “una transmisión más eficaz, activa y significativa” (37). En este enfoque, Pérez A. afirma que el rol docente lo lleva en primera instancia a realizar la comprensión tanto de los principios y hechos de su disciplina, como de los procedimientos metodológicos para su producción, lo que demanda del profesor formación en las bases epistemológicas de su disciplina y de los procesos de investigación de la misma.

Es importante enfatizar según el autor, que en la perspectiva académica el conocimiento pedagógico no es considerado preponderante, el profesor es considerado como un intelectual a partir de la adquisición de conocimiento académico, procedente de la producción investigativa. Además, el aprendizaje está centrado en la teoría derivada de la misma investigación.

En segundo lugar, se encuentra la perspectiva técnica, vinculada al paradigma técnico, bajo la cual se ha desarrollado la educación durante las últimas décadas del siglo pasado e incluso sigue vigente en la actualidad, asignando a la enseñanza el status y el rigor ausente en la práctica predominante, la tradicional, Pérez A. la describe como “una ciencia aplicada, a imagen y semejanza de otros ámbitos de intervención tecnológica, superando el estadio medieval de actividad artesanal” (37).

En esta perspectiva el profesor es un técnico, su acción principal está regida por la *racionalidad técnica*, definida por Shön (1983), citado por Pérez A., en estos términos prevalece la actividad instrumental del profesor, para dar “solución a problemas, mediante la aplicación rigurosa de teorías y técnicas científicas” (37),

pensamiento heredado del positivismo, que no solo ha prevalecido durante el siglo XX, sino bajo el cual han sido educado y socializados la mayoría de los profesionales, incluyendo los docentes, afirma Pérez A.

Bajo esta perspectiva, se adhieren el modelo de entrenamiento y el modelo de adopción de decisiones como los enfoques que la definen. En el primero, se encuentra los rasgos más puros que caracterizan la perspectiva tecnológica, fundamentado en el diseño de programas centrados en el entrenamiento del profesor en competencias que le permitan en su intervención docente producir resultados eficaces, Pérez A. lo define como “el paradigma proceso-producto, donde se pueden establecer relaciones de correspondencia estables entre comportamientos docentes y rendimiento académico de los estudiantes/tas” (37). En el segundo, se hace énfasis en la incorporación por parte del profesor de los resultados de investigaciones acerca de la eficacia de la práctica docente como principios y procedimiento utilizados por este para la toma de decisiones dentro del aula” (37), premisa que exige por parte del profesor tanto conocimiento técnico como del reconocimiento del momento propicio para su aplicación.

En tercera instancia, se encuentra la perspectiva práctica, adscrita al paradigma práctico, la cual describe la enseñanza como una actividad compleja, en términos de Pérez A., esta se encuentra determinada por el contexto, con resultados imprevisibles y cargadas de conflictos de valor que requieren opciones éticas y políticas. Dentro de esta surgen dos enfoques, el enfoque tradicional y el enfoque reflexivo sobre la práctica.

El enfoque tradicional, surge según Guerra (38), en la escuela escolástica, ciñéndose a los determinantes de una sociedad tradicionalista de la época medieval, concibe lo pedagógico como la formación de la razón y la moral a través del carácter, la voluntad, la disciplina, las virtudes y la norma.

El diseño del currículo en este modelo, corresponde al compendio de asignatura, que en su conjunto conforman el plan de estudios, con el objetivo de establecer un código moral, fundado desde el estado y la iglesia, para formar en los individuos los deberes, los derechos y la moral que regirá la sociedad.

Dentro de este modelo, Flórez (39) describe, que el método básico de aprendizaje es el academicista, que dicta las clases bajo un régimen de disciplina, donde el rol del estudiante es de receptor, la enseñanza se centra en la transmisión de contenidos ya generados por la ciencia, por tanto el rol docente se lleva a cabo por medio de la magistralidad y la relación del profesor en clase se desarrolla por medio de preguntas que permita tanto la verificación de la comprensión del estudiante del tema estudiado, como su capacidad de comprender el tema siguiente.

Así mismo, describe como la evaluación es de carácter sumativo y se encuentra mediada por la promoción del estudiante de un curso a otro, solo si el alumno repite lo aprendido al final de cada unidad o al finalizar el curso. El alumno es el responsable de su aprendizaje a través del esfuerzo, por tanto la evaluación se centra en el alumno y no en el profesor.

De otro lado se encuentra el enfoque reflexivo sobre la práctica, el cual surge como una luz que permita trascender hacia un nuevo rol del docente en el aula, Sacristán (37), lo refiere como “el profesional enfrentado a situaciones complejas, cambiantes, inciertas y conflictivas” (37), que le permita así mismo en su que hacer aplicar la reflexión, aplicando las capacidades de búsqueda de investigación con las actitudes de apertura mental, responsabilidad y honestidad.

Por último, Pérez A. describe la perspectiva de reflexión en la práctica para la reconstrucción social, vinculada al paradigma emancipatorio, la cual retoma la enseñanza como una actividad crítica, donde el profesor es un profesional autónomo, siendo la reflexión crítica sobre su práctica docente es el eje de su ejercicio como educador, con el objetivo de “comprender tanto las características específicas de los procesos de enseñanza aprendizaje, como del contexto en el que la enseñanza tiene lugar” (37), dando lugar no solo a una práctica reflexiva y autónoma, sino a la emancipación de los actores principales del proceso educativo, estudiante-profesor.

De esta perspectiva se desprenden dos enfoques, el de crítica y reconstrucción social y el enfoque de investigación- acción y formación del profesor para la comprensión.

En el primer plano, se encuentra que en el enfoque de crítica y reconstrucción social, el profesor tiene implícita en su formación y enseñanza valores, Sacristán lo denomina como la generación de una conciencia social de los ciudadanos por medio de la enseñanza, “para construir una sociedad más justa e igualitaria, proponiendo un claro proceso de emancipación individual y colectiva para transformar la injusta sociedad actual” (37), lo cual demanda del profesor una responsabilidad tanto en su formación como en su ejercicio, para la construcción de una sociedad más justa.

Este enfoque, según Pérez A., demanda del docente la formación en tres elementos que Sacristán describe como fundamentales para el logro pleno del objetivo de la enseñanza, en primer lugar, la formación del profesor en aspectos cimentados en la cultura, de orden político y social, en las ciencias humanas (lenguaje, historia, política, cultura) (37).

En segundo lugar, el fortalecimiento de la reflexión crítica hacia la práctica, que le permita develar los ideales que subyacen en el discurso dentro del aula. Por último la evidencia del “compromiso político del profesor como intelectual transformador en el aula, la escuela y el contexto social” (37), lo cual saca a la luz la importancia de la formación docente no solo en elementos propios a la disciplina pedagógica, de los contenidos de la cultura específicos del área a la cual ciñe su enseñanza, sino del conocimiento profundo del contexto en el cual se lleva a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje.

En el segundo plano, se encuentra el enfoque de investigación- acción y formación del profesor para la comprensión, el cual trasciende la enseñanza fundada en elementos mecanicistas hacia una acción práctica, reflexiva y creadora, Sacristán lo define en palabras de *Stenhouse*, como un modelo procesual, donde los “valores que rigen la intencionalidad educativa deben erigirse y concretarse en principios y procedimientos que orienten cada momento del proceso de enseñanza” (37).

Por tanto la preparación del docente no solo tiene implícita la preparación académica, sino como lo refiere *Stenhouse*, “es un proceso de investigación, en el

cual los profesores/ras sistemáticamente reflexionan sobre su práctica y utilizan el resultado de su reflexión para mejorar la calidad de su propia intervención” (37).

4.3 Naturaleza del Cuidado de Enfermería

Durante el desarrollo histórico de la disciplina de enfermería a través del tiempo, han surgido múltiples definiciones alrededor del concepto de cuidado. Sin embargo, para comprender su naturaleza dentro del enfoque disciplinar se requiere situarlo dentro del único contexto que le da todo su sentido y su significado real, afirma Collier (40), es decir, en el contexto del proceso de vida y de muerte del hombre y los grupos humanos al cual se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Según la autora (40), cuidar es un acto de vida lo cual representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener conservar y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Además, se define como un acto individual autónomo, en la medida que es el mismo individuo quien se lo da así mismo, a excepción de aquellos casos en que una persona o un grupo se encuentra en crisis o con obstáculos en su vida, que en algunas ocasiones pueden llegar hasta la enfermedad o en otros caso a accidentes.

Así mismo, Collier (40), define los cuidados de acuerdo a su naturaleza, en primer lugar, se encuentran los cuidados de costumbre y habituales, a los que denomina “care”, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. En segundo lugar, los cuidados de curación, también llamados “cure”, relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.

De esta forma, la autora define que los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, son aquellos cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, es decir, restableciendo su energía ya sea a través de los alimentos, del agua, del calor,

luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial. Además, estos se encuentran influenciados por los hábitos, costumbres y creencias de las personas representan en el entramado de la vida, asegurando su permanencia y duración.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad garantizan la continuidad de la vida en situaciones cuando la persona tropieza con obstáculos, como la enfermedad, la guerra, los accidentes o situaciones sociales, tales como la hambruna. Su objeto es limitar la enfermedad luchar contra ella y atacar sus causas. Sin embargo, existen circunstancias específicas que exigen utilizar tanto los cuidados habituales para mantenimiento de la vida, como los cuidados de curación, es decir, todo aquello que requiere tratamiento de la enfermedad, no obstante, el tiempo en que esta unión se lleva a cabo no debe prolongarse por mucho tiempo aún en aquellos casos graves como el coma, afirma Collier (40).

La autora (40) sustenta, que cuando prevalece la “cure” sobre el “care”, es decir, los cuidados de curación sobre los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan de manera progresiva todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, debido a que se agotan las fuentes de energía vital, sean estas de naturaleza física, afectiva o social.

En la actualidad, los avances tecnológicos a través del tiempo y los cambios de la atención de los pacientes centrada en el tratamiento, es decir, en el “cure”, ha desplazado los cuidados del mantenimiento de la vida y todas las prácticas curativas, incluyendo aquellas que conciernen al personal de enfermería, a un punto de “convertirlo en auxiliar, no del enfermo, sino del médico”, sustenta Collier (40), llevando el cuidado a la medicalización, “dejando de lado todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida, de los hombres y su razón de ser” (40), creando un inmenso agujero en los cuidados de enfermería, refiere la autora; como resultado, el “saber-hacer” con respecto a la enfermedad predomina sobre todo lo que se considera importante para poder dar continuidad a la vida, por lo tanto, generando un lenguaje y una experiencia no orientada a los cuidados sino solo a los tratamientos.

4.4 Bases Epistemológicas del Conocimiento de Enfermería

Para la comprensión de los fundamentos epistemológicos desde los cuales se cimienta la disciplina de enfermería, se parte del desarrollo teórico del conocimiento de enfermería planteado por la enfermera Jacqueline Fawcett (41), quien sustenta que el conocimiento contemporáneo de enfermería gira en torno a cinco componentes, el metaparadigma de enfermería, las filosofías de enfermería, los modelos conceptuales, las teorías y los indicadores empíricos (Figura 3), los cuales afirma, la enfermera escritora estadounidense Parse R. (42), en “Nursing: Still in the Shadow of Medicine”, que cada modelo y teoría de enfermería tiene supuestos y principios que guían la práctica con metodologías diversas y únicas, que separan la enfermería de otras disciplinas.

Así mismo, Fawcett y Desanto (41), plantean que dentro de la estructura jerárquica del conocimiento de enfermería se encuentra en principio el metaparadigma de enfermería, del cual se amplía con más precisión su conceptualización más adelante.

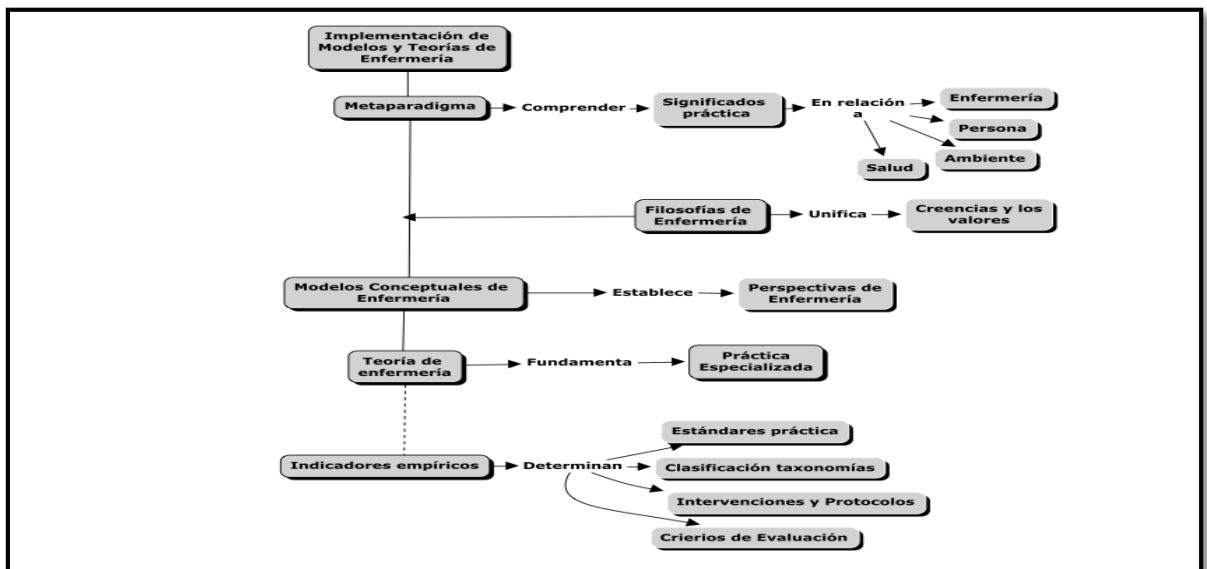


Figura 3. Estructura Jerárquica del conocimiento contemporáneo para la práctica de enfermería. Fuente: Basado en el modelo de Fawcett.³

³ Modificación al modelo planteado por Fawcett, J., Desanto, S., En Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2013. Pag. 29.

Este es definido, como el concepto global que identifica el fenómeno central de interés para la disciplina, tiene implícito preposiciones y conceptos propios, y establece las relaciones que pueden existir entre ellos; actúa como marco de referencia para la actuación de los profesionales enfermería.

Las filosofías de enfermería son postulados ontológicos que declaran según afirma las autoras (41), lo que se cree alrededor de la naturaleza de la persona, del ambiente, la salud y la enfermedad; su función está orientada a comunicar a los miembros de una disciplina lo que creen que es cierto o verdadero en relación al fenómeno de interés para esa disciplina, es decir, informar tanto a los miembros de una disciplina y al público en general a cerca de las creencias y los valores de una disciplina en particular.

En tercer lugar, se encuentran los modelos conceptuales de enfermería, Fawcett y Desanto (41) los definen, como un conjunto de conceptos generales que se dirigen a los fenómenos de interés central para una disciplina, a las proposiciones que describen los conceptos y a las relaciones que pueden existir entre listos, y aunque los modelos conceptuales evolucionaron a partir de las observaciones empíricas y de las concepciones inductivas de enfermeras estudiosas a partir de diferentes campos de indagación, sus conceptos generales no son observables directamente en el mundo real, ni se limitan a ningún individuo en particular, debido a que formulan generalizaciones a partir de observaciones específicas de manera inductiva.

Sirven como un marco de referencia distintivo para el cuidado, determinando como observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina de enfermería debido a que proporcionan una estructura de razonamiento para las enfermeras en su práctica desde cualquier ámbito.

El cuarto componente de la jerarquía estructural del conocimiento contemporáneo enfermería es la teoría. Esta es definida como los conceptos relativamente concretos y específicos que se derivan de un modelo conceptual, las proposiciones que describen esos conceptos y que declaran en forma relativamente concreta y específica las relaciones entre dos o más conceptos. Por ejemplo, las relaciones que hay entre salud y ambiente, o relaciones entre salud y

enfermería. Su función es presentar de manera específica concreta el fenómeno que está contenido en modelo conceptual para interpretar los comportamientos las situaciones y los eventos.

Por último, se encuentran los indicadores empíricos, definidos por Fawcett y Desanto (41), como conceptos concretos o instrumentos que permiten medir una teoría de rango medio, señalan tanto a investigadores como a los enfermeras clínicas el que hacer, por lo tanto, pueden evidenciarse en protocolos o guías que dirige las acciones de una forma específica. Los indicadores empíricos están conectados directamente a las teorías por medio de definiciones operacionales para cada concepto de una teoría mediano rango, no tienen conexión directa con los modelos conceptuales y las filosofías o el metaparadigma.

Por consiguiente, la credibilidad de un modelo conceptual se determina de manera indirecta a través de pruebas empíricas aplicadas a teorías de mediano rango que se derivan a partir de estas o que están ligadas con el modelo. Así mismo, las filosofías tampoco pueden ser probadas empíricamente o de forma directa o indirecta porque son declaraciones de creencias y valores. Al respecto, la enfermera estadounidense Salsberry P. (43), quien ha contribuido a través de sus investigaciones al desarrollo teórico de la enfermería, afirma en “A philosophy of nursing: what is it? What is not?”, que las filosofías se pueden y deben “reconsiderar, rechazar o modificar a través de un proceso de reflexión auspiciado por un debate y discusión con los colegas de cada disciplina” (43).

Además, para la implementación del conocimiento disciplinar de enfermería, refieren Fawcett y Desanto (41), se requiere de un sistema basado en los modelos conceptuales y teóricos de enfermería, el cual es definido como un servicio para la sociedad que es guiado por el conocimiento específico de la disciplina de enfermería. Además, en su aplicación en la práctica requiere de un alto nivel de pensamiento crítico, razonamiento clínico y el uso eficiente y efectivo de habilidades psicomotoras, de una sensibilidad cultural expresada en las relaciones interpersonales, y un proceso de enfermería basado en la mejor evidencia disponible la apropiación ética y tomar la mayor cantidad de perspectivas posibles.

Basar la práctica desde esta perspectiva afirman la autoras, permite identificar a las enfermeras de manera sistemática, aspectos relacionados con un fenómeno específico, debido a que ellas necesitan comprender que datos son importantes en una situación determinada, como están relacionados, que puede predecirse y las intervenciones que son necesarias para tratar de manera específica las relaciones que surgen entre estos.

Además, el ejercicio de la enfermera en la práctica clínica cimentado en las estructuras que hacen parte del conocimiento enfermería, proporciona un lente a las enfermeras que les permite visualizar a los seres humanos, a las enfermeras, ambiente y la salud desde la perspectiva disciplinar que le es propia en cualquier ámbito donde se lleva a cabo su ejercicio profesional. Para lo cual, Fawcett y Desanto describen cuatro áreas en las cuales los modelos conceptuales y las teorías de enfermería en las cuales plantean pautas que dirigen el accionar de las enfermeras, a saber: la investigación en enfermería, la educación en enfermería, la administración en enfermería y la práctica de enfermería centrada en el metaparadigma.

Al referir la práctica de enfermería, resalta la relevancia de la aplicación de un modelo conceptual, este, cuando es desarrollado completamente, representa una visión particular de aproximación a la práctica de enfermería, debido a que guía todos los aspectos metodológicos de la práctica, no obstante, destaca la autora, que aspectos relacionados con la evaluación, el diagnóstico, la planeación, las intervenciones y la evaluación deben proceder de las teorías.

Cabe resaltar, que Meleis (44) define que las Grandes teorías son construcciones sistemáticas sobre la naturaleza de la enfermería, su misión y los objetivos del cuidado. Considera que las teorías de rango medio tienen un alcance limitado, son menos abstractas y se dirigen a fenómenos o a conceptos específicos, reflejan la práctica (administrativa, clínica o de educación). En ella, los fenómenos y conceptos tienden a atravesar diferentes campos de enfermería y reflejan una amplia variedad de situación de cuidado de enfermería.

Según Meleis (44), la ubicación de las teorías dentro del contexto cronológico que les dio origen, da lugar a cuatro escuelas de pensamiento de enfermería. En su organización cronológica se tuvieron en cuenta además de sus visiones de enfermería, sus objetivos, los problemas de enfermería, y las intervenciones de enfermería que plantean. El ejercicio profesional desde esta perspectiva determina la imagen de enfermería, de acuerdo a los roles que se espera la enfermera desempeñe al adoptar una escuela en particular para su práctica.

En primer lugar se encuentra la escuela de las necesidades, que abarca un período de 1950 a 1970, las preguntas en las que se centran son: que hace la enfermera?, Cuáles son sus funciones?, Cuáles son sus roles?. Las teoristas que hacen parte de esta escuela se centraron en describir las funciones y los roles de enfermería, entre ellas encuentran Orem, Henderson y Abdellah, tuvieron influencia de las perspectivas representadas por Abraham Maslow con la jerarquía de las necesidades y Eric Erickson con su teoría de los estados de desarrollo.

En segundo lugar, está la escuela de las interacciones, basada en la visión de enfermería alrededor de apoyar y promover las interacciones con el paciente, establecieron nuevas preguntas sobre las cuales complementaron las presentadas por las enfermeras de la primera escuela, su pregunta central fue ¿Qué hacen las enfermeras? Y ¿Cómo lo hace?, para dar respuesta a estas preguntas se enfocaron en las interacciones, sus representantes son: King, Orlando, Paterson y Zderad, Peplau, Travelbee y Wiedenbach, se enfocaron en el desarrollo de la relación entre pacientes y enfermeras.

En tercer lugar, se encuentra la escuela de los resultados, sus representantes son: Doroty Johnson, Levine, Martha Rogers, Roy, este grupo de teoristas intentó conceptualizar los resultados del cuidado de enfermería y su propósito en el proceso de cuidado, enfocado hacia el restablecimiento de su estabilidad y preservación de la energía y promoviendo la armonía entre el individuo y el ambiente.

Y por último la escuela de los cuidados, esta surge en 1980, fue influenciada por la filosofía existencial y los principio de equidad en las relaciones. Las preguntas que guiaron su desarrollo teórico fueron: ¿Qué hacen las enfermeras para cuidar los pacientes? ¿Cómo hacen las enfermeras para cuidar los pacientes?, las cuales presentan mucha similitud con la escuela de las interacciones, no obstante resaltan el valor del respeto por la capacidad humana, la espiritualidad, la dignidad y el altruismo. Entre sus representantes se encuentran Jean Watson y Rosemarie Parse's.

La importancia del conocimiento de las escuelas de enfermería, se fundamenta en su aplicación, debido a que proporciona oportunidades para la aplicación del pensamiento crítico alrededor de las teorías de enfermería, con el fin de estimular su uso y desarrollo desde diferentes marcos de trabajo de manera analítica en la práctica profesional.

4.5 Filosofía de Principiante a Experta

Patricia Benner, enfermera norteamericana, reconocida por su amplio trabajo investigativo alrededor de la práctica de enfermería y sus publicaciones en esta área (45), fue quien desarrolló la filosofía “De novicia a Experta y el dominio en la práctica de enfermería clínica”, a partir de 21 años de observación de la experiencia de enfermeras en diversas áreas y entrevistas, que permitieron la identificación de las competencias evidenciadas en la práctica clínica, afirma la autora (11).

Benner fundamenta su teoría a partir del trabajo realizado por Stuart Dreyfus matemático y analista en sistemas, y el filósofo Hubert Dreyfus, quienes desarrollaron el modelo de adquisición de habilidades basado en un estudio de jugadores de ajedrez y pilotos de aerolíneas, afirma Benner P. (1), sobre el cual la autora cimienta el desarrollo teórico de la teoría “De novicia a experta” aplicada al ámbito de la práctica de enfermería.

Dreyfus y Dreyfus (46), sustentan en “The Relationship of the Theory and Practice in the Acquisition of Skill”, que las enfermeras poseen habilidades innatas y tienen la posibilidad de adquirir suficiente experiencia de forma gradual hasta convertirse en una experta, ahora bien, se resalta que los investigadores enfocaron su estudio en una clase de habilidades que son consideradas comunes y que algunos denominan “habilidades inestructuradas”. En su desarrollo, estas habilidades presentan un número ilimitado de rasgos y hechos en principio irrelevantes, además, la manera como estos elementos interrelacionan para producir después situaciones resulta ser poco clara y no puede ser captada por reglas precisas.

Las enfermeras en su práctica y los estudiantes en su proceso de aprendizaje, puede ser inconscientes en estos aspectos al llevar a cabo el aprendizaje de procedimientos y en las situaciones clínicas, afirman los autores (46). Benner, toma estos conceptos y define dentro de su teoría el desarrollo de cinco estados para la adquisición de estas habilidades, estado de novicia, principiante avanzada, competente, eficiente y experta.

En esencia, en su teoría Benner (1), describe un grupo de 31 competencias que surgieron de los diversos estudios realizados alrededor de las situaciones en la práctica, las cuales fueron agrupadas en siete dominios de acuerdo a su similitud en la función o en su propósito. Los dominios identificados son: el rol de ayuda, la función de enseñanza - formación, la función del diagnóstico y seguimiento del paciente, la gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez, la administración y el monitoreo de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos, la garantía de calidad y el seguimiento de las prácticas de cuidado de la salud, y por último, las competencias del rol del trabajo organizacional.

Además, aclara que cada enfermera se desempeña de acuerdo al desarrollo que va adquiriendo de las habilidades que hacen parte de cada dominio, lo cual es dependiente a la forma como cada una confronta las situaciones clínicas, por lo tanto, diverge de una enfermera a otra. En ese sentido, la autora (11) describe, en los resultados de los estudios realizados, como las enfermeras que tuvieron dificultades en comprender los fines de su práctica, en sus habilidades interpersonales y con la resolución de problemas, no progresaron al nivel de

expertas. En su desarrollo teórico, afirma la misma Benner (1), tuvo también gran influencia, perspectivas filosóficas de diversos autores, entre los que se destacan Heidegger y Gadamer, sustenta la autora que el conocimiento clínico es un híbrido o una mezcla entre el conocimiento práctico y el teórico.

La experiencia se desarrolla cuando la enfermera clínica se pregunta, refina preposiciones, hipótesis y principios basados en las expectativas de las situaciones que se presentan durante la práctica, convirtiendo la experiencia como un requisito indispensable para la experticia. Así mismo, sustenta que el conocimiento clínico es ganado todo el tiempo, sin embargo, las enfermeras con frecuencia son inconscientes de esta ganancia. Define que se requieren estrategias para refinar este conocimiento y hacer lo público.

En su teoría, la autora describe seis áreas de conocimiento práctico, a saber: el grado de distinción cualitativa, los significados comunes, las afirmaciones, expectativas y actitudes, paradigma de casos y el conocimiento personal, las instrucciones, y por último, las prácticas no planeadas, todas ellas se encuentran presentes en las situaciones que vive la enfermera durante la práctica clínica y según lo plantea la teorista (1), cada una puede ser estudiada por medio de la interpretación etnográfica para ser identificadas en el conocimiento durante la práctica.

4.6 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson, enfermera estadounidense, realizó grandes aportes al desarrollo del conocimiento teórico de la disciplina. Su teoría se encuentra ubicada en la escuela de las necesidades, según la clasificación de las escuelas de pensamiento de enfermería propuestas por Meleis (44), influenciada por las perspectivas teóricas sobre las necesidades y el desarrollo humano de Maslow y los estadios de desarrollo de Eric Ericson.

Así mismo, Henderson (47) plantea las 14 necesidades humanas básicas para fundamentar la atención de enfermería, y aunque sustenta que para ayudar al paciente en estas actividades, la enfermera necesita de un amplio conocimiento tanto de las ciencias biológicas como sociales, y las técnicas derivadas de éstas, sostiene que la enfermera es completamente autónoma de las funciones médicas, afirma además, que es ella quien representa la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería, considerando al paciente como la figura central del accionar de todos los miembros del equipo de salud.

La autora (47) define los cuidados básicos de enfermería, a la ayuda brindada a los pacientes en la realización de las actividades básicas, o en su defecto, brindarles los conocimientos necesarios para que puedan llevarlas a cabo sin ayuda. Las actividades básicas son: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal y la integridad de la piel, evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas, comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones; rendir culto según sus propias creencias, trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal, jugar y participar en actividades recreativas, aprender a satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los medios sanitarios.

Luis Rodrigo, MT.(48) describe que dentro los conceptos nucleares de la teoría de Henderson, se define la persona como un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y que extiende al máximo desarrollo de su potencial. Aunque la teorista no define en sus escritos de manera clara el entorno, habla de la naturaleza dinámica de este y ese impacto sobre el usuario y enfermera.

En cuanto al rol profesional, describe que es un servicio de ayuda a la persona la satisfacción de sus necesidades básicas. La salud la define de acuerdo con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, por medio de acciones realizadas por la persona o mediante acciones realizadas por otros en el caso de que no pueda hacerlas. Dentro de sus postulados científicos describe tres aspectos, a saber: La persona como un ser complejo que girar alrededor de las 14

necesidades básicas, la persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla, por último, cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo (48).

Dentro de los postulados filosóficos plantea que la enfermera tiene una función propia aunque comparte actividades con otros profesionales, cuando la enfermera asume papel del médico, abandona su propia función y finalmente, la sociedad espera un servicio la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle (48).

El modelo de Virginia Henderson enseñado en los saberes teóricos del programa, para la identificación de necesidades alteradas en el paciente y fundamento para la elaboración del PAE, se encuentra en concordancia con los planteamientos epietémicos presentados por Henderson, ubicado en su génesis según Kerouack M.N (49), dentro de las escuelas del desarrollo disciplinar, en la escuela de las necesidades, influenciada por la jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson, así mismo, el modelo facilita su aplicación, debido que en su construcción teórica es muy abierto, da lugar a diferentes interpretaciones que permite adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas en cada entorno y situación de cuidados, tanto en el contexto hospitalario como en la comunidad, afirma Luis Rodrigo MT (48).

Alfaro RL (50) afirma, que clasificar los datos según los patrones funcionales de Gordon ayuda a identificar cuestiones de interés para las enfermeras, sin embargo, no es muy útil para fijar prioridades, por lo tanto, sugiere hacerlo siguiendo la pirámide de necesidades de Maslow.

4.7 Acción Comunicativa

La comunicación constituye una dimensión humana que le permite a cada persona poder llevar a cabo procesos de interacción consigo mismo, con los

demás y con el entorno, dando lugar, a la construcción de una red de relaciones que en su entramado dan como resultado la conformación de la sociedad.

Existen múltiples definiciones alrededor de la comunicación, para esta investigación se toman los aportes teóricos y filosóficos realizados por el filósofo Habermas, quien a través de la teoría de la Acción Comunicativa, plantea los tipos de acción que surgen alrededor de la manera como el ser humano se relaciona con el mundo, de las cuales se explican, la acción teleológica, la acción normativa, la acción comunicativa.

En primer lugar, Habermas (51), define la acción teleológica, como aquella que se lleva a cabo en el mundo objetivo por medio de las percepciones que tiene de la relación con el mundo, que le permite desarrollar intenciones, con la finalidad traer a la existencia los estados de cosas deseadas. Se caracteriza porque la persona realiza un fin o hace que se produzca un estado de cosas deseado eligiendo una situación, por medio de los procesos cognitivos que desarrolla, incluyendo además la voluntad. Tiene relevancia en ella, la toma de una decisión entre múltiples alternativas de acción, orientada hacia la realización de un propósito, a la vez, que está dirigida por máximas y apoyada en una interpretación de la situación.

Según Habermas (51), de la acción teleológica, surgen dos tipos de relaciones que se establecen en la relación del ser humano con el mundo, la primera hace referencia a poner en concordancia las percepciones que la persona tiene en relación con lo que encuentra en el mundo, y la segunda, a poner en concordancia lo que está en el mundo con sus deseos e intenciones. El nivel de relaciones que surgen entre ambas puede ser enjuiciadas con base a los criterios de verdad y eficacia.

Esta acción teleológica puede convertirse en una acción estratégica, afirma el autor (51), cuando hay un cálculo intencionado del éxito que se puede obtener frente a la expectativa de las decisiones y que implican al otro quien también actúa con el objetivo de lograr la realización de sus propios propósitos. Este modelo de acción es interpretado como utilitarista debido ya que está mediado por el cálculo de los medios y los fines desde el punto de vista de la maximización de utilidad o

de expectativas de utilidad, además que en el predomina el lenguaje caracterizado por ser unilateral.

Las relaciones que surgen de la acción estratégica depende de otros actores, se caracteriza porque cada uno se orienta a la consecución de su propio éxito, y sólo se comporta cooperativamente en la medida en que su objetivo “encaja en su calculo egocéntrico de utilidades” (51), al igual que la acción teleológica, no exige en si mismo mas que un solo mundo. El lenguaje es un medio mediante al cual los hablantes influyen los unos con los otros, orientados hacia su propio éxito, es decir, con el fin de mover al oponente a formarse las opiniones o a concebir las intenciones que les convienen para sus propios propósitos.

En segundo lugar, Habermas (51), define la acción regulada por normas, ésta refiere que los miembros de un grupo social orientan su acción por valores comunes, no tiene implícito el comportamiento de una sola persona en solitario debido a que las normas expresan un acuerdo existente en un grupo social, define además, la observancia de una norma, como el cumplimiento de una expectativa generalizada de comportamiento. La acción normativa reconoce la existencia de dos mundos que se relacionan entre sí, el mundo objetivo de la persona, unido al mundo social al que pertenece y en el cual es portador de un rol a partir del cual se llevan a cabo interacciones normativamente reguladas, afirma el autor (51).

Así mismo, el autor (51), define la acción comunicativa, como la “interacción de al menos dos sujetos capaces de lenguaje y acción, que con medios verbales o no verbales entabla una relación interpersonal, en la búsqueda de entenderse sobre una situación de acción para poder coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones” (51).

En la acción comunicativa el lenguaje ocupa un lugar predominante en todo el proceso, afirma el autor (51), además, tiene implícita la interpretación, que se refiere a la negociación de definiciones de una situación, susceptibles de consenso. En ella el lenguaje es un medio de entendimiento, en el cual, tanto hablantes como interpretan lo que su mundo de la vida representa, teniendo en

cuenta el mundo objetivo, el mundo social y en el mundo subjetivo, con el fin de “negociar definiciones de la situación que puedan ser compartidas por todos” (51).

En el campo de la enfermería, toma relevancia la acción comunicativa en la medida que en la práctica del cuidado, permite plantear como se está dando la relación cuidado- cuidador, si se realiza a partir de una acción instrumental, centrada en la enfermedad, desde una mirada únicamente explicativa y objetiva de los fenómenos relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte o si se lleva a cabo mediante la comprensión del mundo subjetivo del paciente, de donde emergen sus angustias, ansiedades y posiblemente los factores causales de su condición de enfermo.

4.8 Referente Conceptual

Enseñanza

Actividad que tiene implícita la intencionalidad y la planeación de los saberes por parte de los profesores, (52) con el objetivo de propiciar el aprendizaje en interacción con los estudiantes.

Aprendizaje

Según la definición adoptada por Flórez (52), es el proceso consciente del ser humano, que lo lleva a modificaciones mentales y duraderas, es considerado subjetivo, aunque su dominio puede exteriorizarse eventualmente en palabras y acciones específicas.

Proceso Enseñanza Aprendizaje

Se adopta la definición de Flórez (52), como dos procesos correlativos, considerada como una actividad intersubjetiva, es una interacción entre varios sujetos sobre algún tema o material previamente seleccionado por el profesor para

suscitar actividad, conversación, acción o reflexión compartida, de la que se espera algún aprendizaje.

Métodos

Se adopta la definición planteada por Flórez (52), como los medios de enseñanza que pueden utilizarse en la práctica educativa, como modelo de acción eficaces en la construcción de conocimiento.

Estrategias

Se adopta la definición descrita por Flórez (39), como las metodologías de enseñanza, es decir, el conjunto de métodos y técnicas que permiten enseñar con eficacia. No entendidas como técnicas aisladas de los principios conceptuales que caracterizan cada teoría pedagógica.

Conocimiento Teórico

Se adopta la definición planteada por Stenhouse (53), como la agrupación de saberes, costumbres y creencias, que dan lugar a una cultura, la cual es aprendida en un contexto particular, y se estructura y organiza en el currículo de un programa educativo.

Conocimiento Práctico

Benner (1), lo define como la relación del saber teórico con las situaciones clínicas de cuidado donde la enfermera comprueba, desafía y revalida las nociones preconcebidas con la situación clínica actual, dando lugar a la experiencia clínica. Se fundamenta en la adquisición y fortalecimiento de habilidades de pensamiento crítico para la elaboración de juicios clínicos.

Cuidado

El cuidado “es el objeto de conocimiento de la enfermería” (54), para la investigación se adopta la definición planteada por Collier (40), son las actividades

cotidianos y habituales que permiten la conservación y mantenimiento de la vida, son aquellos cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, es decir, restableciendo su energía ya sea a través de los alimentos, del agua, del calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial. Puede tener implícitos cuidados de curación (centrados en el tratamiento de la enfermedad), sin ser considerados preponderantes en todos los sujetos de cuidado.

Cuidado del paciente con enfermedad crónica

El estudio adopta la definición Corbin JM, citado por Chaparro (22), del grupo de cuidado de Universidad Nacional, quien la describe como la condición física o mental que requiere monitorización y manejo de largo plazo (superior a 6 meses) para controlar los síntomas y el cual está determinado con un curso especial de la enfermedad”, situación que genera en el paciente disminución de sus capacidades para llevar a cabo sus actividades significativas y rutinas normales, causando no solo malestar físico sino psicológico de las personas y las familias, afirma Shuman. R. (23).

Práctica

Se adopta la definición de Benner P (55), lugar donde se confronta la teoría con la práctica para adaptarla o modificarla, marcando el norte para la identificación del proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería en la práctica clínica cuando tienen la experiencia de cuidado del paciente con enfermedad crónica, y como lo señala Medina (56), la praxis no como la reproducción acrítica de rutinas y procesos, sino, como el campo que posibilita el mejoramiento y desarrollo de la ciencia de enfermería.

5. Aspectos Metodológicos de la Investigación

El diseño metodológico de la investigación La práctica clínica: Un escenario para la enseñanza y el aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica, corresponde a un estudio cualitativo etnográfico, con enfoque hermenéutico, que permitió describir e interpretar desde los actores que participan en el proceso de enseñanza aprendizaje, sus vivencias, su pensar, su actuar, dotar de sentido sus prácticas en un contexto particular con unas características especiales, en el cual cobran sentido los actos y los actores que participan en el escenario clínico, como también las mediaciones pedagógicas y lingüísticas que utilizaron durante el desarrollo de la práctica clínica.

Se sitúa en la etnografía, definida por Gúber (57), como la práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros, lo que permitió describir la cotidianidad de las prácticas educativas, de estudiantes y profesores durante el proceso de enseñanza aprendizaje.

En ese sentido, Pope C, Mays N (58), señalan que la etnografía no solo enfatiza la importancia de comprender el mundo simbólico en el cual las personas viven, sino que permite entender el significado de las experiencias, los conceptos y las practicas del grupo estudiado. En el presente estudio, la interpretación de significados se llevó a cabo desde la experiencia de enseñar y aprender de profesores y estudiantes durante la práctica clínica, desde las interacciones con el equipo de salud, pacientes, enfermeras y familia.

Las expresiones verbales y no verbales, las diferentes formas de actuar en el aula y en el escenario clínico, fueron descritas a partir de la observación no participante, de las entrevistas con la validación permanente de los participantes, de las descripciones e interpretaciones que se iban construyendo por parte del investigador, y que permitieron develar su voz y lograr su reconocimiento como actores de su propio proceso de enseñar y aprender.

El método etnográfico utilizado para dar respuesta a la pregunta de investigación, permitió comprender desde la voz emic de los participantes, como viven el proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado, como establecen profesor y estudiante relaciones para llevar a cabo este proceso, y ambos como se inter relacionan con los integrantes del equipo de salud, para el cuidado al paciente con enfermedad crónica en la etapa de hospitalización.

En ese sentido, la etnografía, definida por Woods (59) , en la Escuela por dentro, como la “descripción del modo de vida de una raza o grupo de individuos”, permitió en esta investigación interpretar las prácticas educativas llevadas a cabo en el día a día por profesores y estudiantes para enseñar y aprender el cuidado, me permitió como investigadora comprender las mediaciones pedagógicas y comunicativas que giran alrededor de la enseñanza en el entorno clínico, es decir, lograr describir la realidad estudiada con sus diversas capas de significado desde la voz de los participantes, como lo describe Woods (59).

Así mismo, la etnografía al hacer referencia al significado cultural, como método me permitió interpretar las vivencias y rutinas propias de profesores y estudiantes alrededor del cuidado en el escenario clínico específicamente, el cual difiere de otros ambientes de enseñanza aprendizaje.

La Etnografía permite dotar de sentido y significado las practicas vitales cotidianas, conocer de cerca las interacciones entre los diferentes grupos sociales, sus subjetividades, su visión de mundo, que en este caso es el mundo del cuidado, en un escenario particular donde se realiza la práctica clínica, con unos actores que representan modos de vivir y actuar en el escenario del cuidados. La hermenéutica es interpretativa y comprensiva de los fenómenos objeto de estudio, por tanto esta perspectiva del conocimiento es afín a la etnografía por su carácter dialógico y por su interés en lo subjetivo e intersubjetivo en la forma como asumen los procesos educativos los participantes.

La fundamentación teórica epistemológica se fundamentó en los referentes disciplinares de enfermería planteados por Jaqueline Fawcett a cerca de la naturaleza del conocimiento de enfermería y los aportes filosóficos descritos por Patricia Benner en su teoría “De novicia a experta”, además se apoya en teorías

de la educación en autores como Gimeno Sacristán, Medina JL y Flórez Ochoa, ubicados en la teoría crítica educativa, por lo cual se adoptaron sus perspectivas conceptuales en la investigación. Desde la comunicación por la postura filosófica dialógica de Habermas, fundamentada en la teoría de la acción comunicativa y del diálogo de Gadamer en su obra verdad y método, en la medida que permitieron comprender las interacciones comunicativas que se llevan a cabo en el proceso enseñanza aprendizaje en la práctica clínica.

5.1 RUTA METODOLÓGICA

Para el método empleado, se plantea la siguiente ruta metodológica (Figura 4), la cual inicia con la elección del tema de investigación.

5.1.1 Elección del Tema de Investigación

Este surgió a partir de preguntas del investigador que durante la trayectoria como enfermera clínica y docente universitaria, la llevaron a la indagación por medio de la investigación para dar respuestas propositivas hacia el mejoramiento de las prácticas formativas en el programa de enfermería en la institución donde llevo a cabo el ejercicio de la docencia.

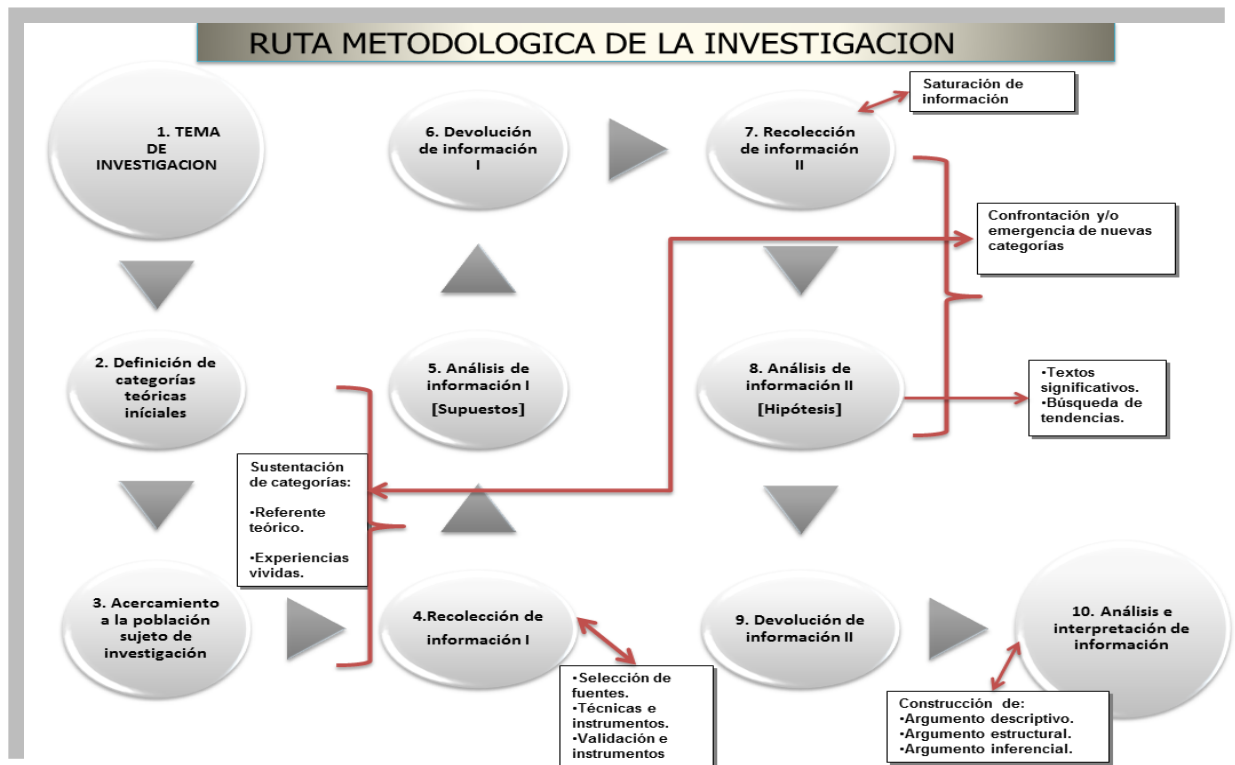


Figura 4. Ruta metodológica.⁴

5.1.2 Definición de Categorías Teóricas Iniciales

Para la obtención de la información que describa el fenómeno estudiado se plantea en principio un muestreo teórico, Strauss & Corbin lo refieren como la “recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo” (35), de esta forma se realizó una revisión sistemática de fuentes documentales, a través de bases de datos, sobre los conceptos que definen desde la teoría el fenómeno estudiado, lo que dio lugar a la definición preliminar de las categorías teóricas que permitieron la construcción del referente teórico de la investigación: enseñanza aprendizaje, cuidado del paciente con enfermedad crónica y comunicación en el cuidado (Figura 1).

⁴ Modificación al diseño original, Alvarado, Sara V., Rojas C., Carlos. Procesos de construcción teórica, métodos y técnicas en la investigación en Ciencias Sociales. Posgrado CINDE. Módulo 2 conceptualización. Medellín.1990.

Acceso a fuentes documentales

Para la realización del presente trabajo de investigación, se realizó una revisión sistemática en bases de datos bibliográficas disponibles en internet y manualmente, en revistas y organismos públicos (Unesco, OMS, entre otros). Se definieron como criterios de inclusión, los artículos y estudios de trabajos investigativos cualitativos, derivados del uso de métodos etnográficos, fenomenológicos, con nivel de evidencia científica III, también aquellos procedentes de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles relacionados con el tema objeto de estudio, con un nivel de evidencia B.

Del mismo modo hicieron parte los artículos con evidencia C, procedente de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio, disponibles y publicados entre enero de 2000 y abril de 2015. Así mismo, se incluyeron en la búsqueda de información las fuentes bibliográficas procedentes de libros de autores clásicos que sustentaron el referente teórico del tema objeto de estudio, como también los documentos electrónicos editados en páginas de expertos aunque su publicación no se encuentre sujeta a las revistas de indización.

5.1.3 Acercamiento a la Población, Características y Representatividad de los Participantes

Para dar respuesta a la pregunta que sustenta el trabajo de investigación, la fuente de la información fueron los estudiantes y profesores del programa de enfermería, de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC), institución de educación superior, que cursaron el séptimo semestre el microcurrículo de cuidado del adulto con enfermedad crónica y realizaron la práctica clínica en una institución de salud de la ciudad de Medellín, participaron profesores encargados de la enseñanza de la teoría y la práctica clínica.

La unidad de trabajo estuvo conformada por 4 profesores vinculados a la Universidad, tres de tiempo completo y uno de medio tiempo, que enseñaron en el séptimo semestre, durante el periodo de agosto de 2014 y mayo de 2015. En

cuanto a los estudiantes, solo se incluyeron los estudiantes que asistieron a los cursos teóricos del cuidado del adulto, y a la práctica clínica del cuidado del paciente con enfermedad crónica, durante el mismo período.

No se incluyeron en el estudio, estudiantes que estaban cursando otros niveles de formación diferentes al séptimo semestre del cuidado del adulto, estudiantes que realizaban pasantías en el área, procedentes de otras instituciones de la ciudad, del país o del mundo, tampoco se incluyen en el estudio los docentes que no pertenecían al curso objeto del estudio.

5.1.4 Proceso de recolección de la información

5.1.4.1 Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de la información fueron la observación no participante y la entrevista semiestructurada, las cuales estuvieron orientadas a conocer desde los participantes las mediaciones pedagógicas y lingüísticas dadas en el proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante de enfermería en la práctica clínica.

De forma consecuente, los instrumentos utilizados fueron el guión de la entrevista (Anexo 1), el guión de la observación no participante (Anexo 2), y el registro en el diario de campo.

Pope (58), describe que los métodos observacionales permiten al investigador ver de forma sistemática las personas, las acciones, observar su comportamiento, sus interacciones, lo cual sustenta su aplicación en esta investigación, en la medida que permite al investigador observar las dinámicas que surgen en el escenario de enseñanza clínico, como son las interacciones entre los diferentes actores que participan en el proceso de enseñanza – aprendizaje del cuidado y los elementos que caracterizan la sala de internación como escenario de la práctica donde es dado el fenómeno estudiado.

Así mismo, advierte que la entrevista semiestructurada es llevada a cabo sobre la base de una estructura libre de preguntas abiertas y cerradas, que definen en

principio el área a ser estudiada y permitiendo al entrevistado discrepar y desplegarse en una idea en detalle (58), razón por la cual se utilizó en esta investigación, en la medida que se pretendió interpretar la experiencia vivida desde los estudiantes relacionada con el aprendizaje del cuidado, y desde el profesor, como se lleva a cabo la enseñanza durante la práctica clínica.

5.1.4.2 Tiempo de Observación

De igual manera se efectuaron 52 horas de observaciones no participantes en la sala de internación hospitalaria donde se realizaron las prácticas durante los dos períodos académicos.

Para la observación no participante se planearon sesiones de observación de dos grupos de rotación de la práctica del cuidado del adulto con enfermedad crónica, por medio de periodos de tiempo 6 a 8 horas cada uno, durante los días de práctica clínica de los estudiantes en la institución hospitalaria, en el periodo comprendido entre agosto de 2014 y mayo de 2015.

5.1.4.3 Entrada al Campo

Taylor & Bogdan (60), define como los porteros en el trabajo de campo de los estudios cualitativos, a las personas encargadas de la aprobación de la entrada al campo de los investigadores, en la investigación, el trabajo de campo se realizó previa solicitud de los permisos requeridos a las personas responsables de la institución hospitalaria donde se realiza la práctica clínica, así mismo, de la institución educativa de formación después de ser aprobadas las consideraciones éticas tanto de la unidad académica de la maestría (Anexo 6) como de la institución educativa sujeto de estudio (Anexo 7).

Pope C, Mays N (58) fundamentan la importancia de este primer paso, no solo para acceder al campo, sino para escogerlo de forma deliberada, de manera que cumpla con los criterios establecidos para la búsqueda de la comprensión del fenómeno estudiado, en este caso el proceso de enseñanza – aprendizaje en la práctica clínica. El campo fue una sala de internación hospitalaria donde se brindó cuidado a los pacientes con enfermedad crónica y que de forma simultánea fueron

escenarios de práctica de los estudiantes de enfermería universitarios, que cursaron el microcurrículo de cuidado del adulto con enfermedad crónica.

Los objetivos del trabajo de campo fueron observar la cotidianidad de la enseñanza y el aprendizaje del cuidado en la práctica clínica, describiendo como se hizo el proceso de asignación de responsabilidades al estudiante por parte del profesor, y que tipo de responsabilidades y/o actividades se asignan, como se establece la relación con el profesor, la comunicación como fue mediada con el profesor, el estudiante y el equipo de salud y las enfermeras del servicio.

El tiempo de observación estuvo delimitado por la observación de dos grupos de estudiantes del séptimo semestre durante la práctica en la rotación del cuidado del adulto en el periodo descrito, las observaciones contaron con la presencia del investigador durante el cuidado y en las actividades cotidianas llevadas a cabo durante el proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica.

Se realizó en principio con una observación no participante, según lo referido por Taylor & Bogdan (60), su objetivo es lograr que los participantes se sientan cómodos, de exponer la dinámica del enfoque de investigación y comprender los modos de operar del entorno donde se realizó el trabajo de campo.

Así mismo, se estableció la negociación del propio rol, el papel del investigador como un observador, en la medida que se conocieron las relaciones y el acontecer del servicio donde se llevó a cabo la práctica de los estudiantes de enfermería del cuidado del paciente con enfermedad crónica, limitando el nivel de participación durante el periodo de estancia en el lugar, a observar y presenciar las actividades de cuidado realizadas por las enfermeras del servicio a los pacientes, por los estudiantes o por los docentes, sin participación en la realización de procedimientos o acciones de cuidado directo, es decir, por medio de la observación no participante.

Este proceso de interacción en el campo, permitió el establecimiento del rapport, Taylor & Bogdan (60) lo describen como la simpatía que se siente por los informantes, logrando que ellos la acepten como sincera, compartiendo “su mundo

simbólico, su lenguaje, y sus perspectivas”, es decir, lo que generó en la sala de internación una relación afectiva de respeto, que permitió un acercamiento con las personas de la institución hospitalaria, y de forma consecuente con estudiantes y profesores de la práctica.

El registro de la información resultante de las sesiones de la observación no participante se efectuó a través de la toma de notas de campo, en el momento de la observación y después de esta haber sido realizada, de forma que propició la concreción de lo observado en la sala de internación durante la práctica de los estudiantes de enfermería, Taylor y Bogdan (60), afirman que las notas proporcionan datos que son la materia prima de la observación no participante, lo que fundamenta la importancia del registro en el desarrollo de esta investigación, en la medida que se describieron las vivencias y la cotidianidad que develaron la experiencia de la enseñanza y el aprendizaje en la práctica clínica.

La retirada del campo se llevó a cabo cuando se logró la saturación de las categorías, Glaser y Strauss, citado por Taylor & Bogdan lo refieren como “el punto en que los datos comienzan a ser repetitivos, sin lograr aprehensiones nuevas importantes” (60), que en la presente investigación se logró en la medida que sistematizó y organizó la información para dar lugar a la categorías del análisis, teniendo en cuenta los objetivos planteados para definir la salida del campo, al respecto, Hernández (61) expresa que el investigador se retira del campo cuando se haya respondido el planteamiento y generado un entendimiento sobre el fenómeno estudiado. La salida del campo en este trabajo de investigación dejó la puerta abierta con los porteros y participantes para realimentar los resultados del proceso investigativo.

5.1.4.4 Lugar de las entrevistas

Para la realización de las entrevistas se identificaron y seleccionaron los participantes, profesores y estudiantes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, hasta que se logro la saturación de la información en la medida que se llevaba a cabo la sistematización y el análisis simultáneo de la misma.

Se realizaron un total de 16 entrevistas, que incluyeron 8 estudiantes, 4 profesores y 2 enfermeras de la institución donde llevó a cabo la práctica, las cuales tuvieron un tiempo aproximado de una 60 a 90 minutos.

Las entrevistas de profesores y estudiantes se llevaron a cabo en un aula de la universidad, previa información y consentimiento informado por parte de los participantes (Anexos 3 y 4). Las dos entrevistas a las enfermeras profesionales se realizaron en un aula de la institución donde se ejecutaron las prácticas clínicas.

En la entrada a cada entrevista con cada participante se explicaron los objetivos de la investigación, centrados en el fenómeno de estudio, el proceso enseñanza – aprendizaje, también se explicaron los elementos que hacen parte del consentimiento informado, donde se garantiza guardar absoluta privacidad de su identidad, y de las respuestas dadas, las cuales solo serán de conocimiento del investigador y del asesor, y utilizadas solo con fines académicos.

De igual manera, en la entrada a cada entrevista se explicaron los riesgos los beneficios, la garantía de recibir respuesta a preguntas o dudas, y de poder retirarse en cualquier momento de la investigación, además se explicó a cada participante que el proyecto fue evaluado por el comité de ética de la institución,

En la salida de cada entrevista con cada estudiante o docente participante, se explicó que la información suministrada sería sistematizada para efectos de análisis y que se efectuaría un segundo encuentro para realimentar y confirmar lo descrito en la sesión de la entrevista, se validó la información escrita por su correspondencia con lo descrito por el participante entrevistado.

Las entrevistas de los docentes participantes se realizó a aquellos encargados de la enseñanza de la teoría y de la práctica en el microcurrículo del cuidado del paciente con enfermedad crónica de la universidad, se llevó a cabo en un aula de esta institución, previo consentimiento y garantía de la reserva absoluta de su privacidad, con la información suministrada.

Para la realización de las entrevistas, se elaboró una guía que permitió orientar el acercamiento a los participantes, según los objetivos propuestos, Patton (62) señala que esta lista de preguntas son para ser exploradas en el curso de la entrevista, y que asegure de forma simultánea el trazo de la misma línea de base en cada una de las personas entrevistadas, según los objetivos de la investigación, no obstante fueron el norte más no la línea única que permitió el relato de la vivencia de cada uno de los participantes a cerca del proceso de enseñanza aprendizaje.

5.1.5 Organización y Análisis de la Información

El análisis de los datos es un proceso que se llevó a cabo durante todo el desarrollo de la investigación, a partir de la recolección de la información en el trabajo de campo, y de su proceso de organización, Taylor y Bogdan (60), lo describen como un proceso que se encuentra en continuo progreso en la investigación cualitativa.

La organización de la información se realizó después de efectuar los primeros acercamientos a la población sujeto de la investigación, a partir de la transcripción de las entrevistas semiestructuradas y de las observaciones no participantes. Se utilizó el programa Word-7, para el registro fidedigno de los relatos contenidos en las entrevistas en tiempo real, y en el diario de campo con las observaciones no participantes vividas en la sala de internación hospitalaria donde se llevó a cabo la práctica clínica.

Se creó el manual de códigos para la identificación de las entrevistas de cada uno de los participantes, y de cada entrevista mediante la letra mayúscula E, sub índice #, acorde a su numeración, de esta forma se garantizó se prescindió el uso de nombres propios durante el proceso de recolección, organización, análisis de información y presentación de resultados.

En el caso de las observaciones no participantes, se enumeró con la sigla ONP1 en la medida que estas fueron realizadas, seguida de un número consecutivo iniciado en uno, en el orden en que se llevo a cabo cada sesión de observación. De igual manera, en el manual de códigos se propusieron colores que identificaron las categorías teóricas preliminares y las categorías emergentes.

El proceso analítico se llevó a cabo mediante lo planteado por Hammersley y Atkinson, en “Etnografía. Métodos de investigación” (63). Se inició con la lectura de cada una de las entrevistas y observaciones realizadas, línea por línea, lo cual, permitió identificar palabras claves o unidades de significado derivadas de los datos, en contraste, con las preguntas que surgieron desde el planteamiento del problema y que dieron lugar a los objetivos del proyecto.

Así mismo, se efectuó la agrupación de palabras claves o unidades de significado que aportaron sentido a los datos, dando lugar a la validación de las categorías teóricas iniciales y a la identificación de categorías emergentes. Una vez se categorizó, es decir, se identificó los grupos de palabras significativas contenidas en las entrevistas y las observaciones, se continuó con el proceso de codificación, mediante el cual, se identificó con colores la categoría correspondiente, que permitió reducir y clasificar la información para posibilitar su análisis.

La consolidación de los datos por categorías, se llevó a cabo en un instrumento llamado matriz de análisis (Anexo 5), que fue construida inicialmente con todos los datos obtenidos de entrevistas y observaciones, es decir, una matriz descriptiva (1091), que fue consolidándose como matriz de análisis (360), en la medida que se observaron y analizaron los contenidos de los datos, los aspectos comunes y particulares expresados por los participantes, su recurrencia, convergencias, divergencias, en un proceso sistemático de ir y volver al dato, lo cual, permitió la identificación de los datos relevantes para el proceso investigativo. La búsqueda de las tendencias tuvo lugar en el momento que se identificaron los aspectos comunes y particulares contenidos en las expresiones de los participantes y que dieron lugar al argumento descriptivo.

En el anexo 5 se presenta un modelo de la matriz de análisis con la categoría enseñanza aprendizaje y la subcategoría saber práctico del estudiante, en la dimensión que aprende.

Posteriormente, se inició el proceso del análisis comparativo, es decir, el contraste de las tendencias con los referentes teóricos propuestos y la postura asumida del investigador. El análisis por parte del investigador se originó a partir de la construcción del argumento descriptivo y de este al argumento relacional, en el

cual, se establecieron las relaciones existentes entre las subcategorías objeto de análisis y de estas con las categorías centrales del estudio, lo que permitió la construcción de sentido del proceso enseñanza aprendizaje del cuidado en la práctica clínica.

Las categorías transversales en la investigación fueron proceso enseñanza aprendizaje por ser el objeto de estudio, el cual contiene los saberes teóricos y prácticos, y la interacción comunicativa, por ser el escenario de encuentro con el cuidado y con el proceso enseñanza aprendizaje. Las categorías emergentes fueron el saber teórico del profesor con sus dimensiones: que enseña, como enseña y como evalúa; el saber teórico del estudiante con sus dimensiones: que aprende, como aprende y como es evaluado; el saber práctico del profesor con sus dimensiones: que enseña, como enseña y cómo evalúa; y el saber práctico del estudiante con sus dimensiones que aprende, como aprende y como es evaluado.

5.1.6 Devolución de la Información

Se realizó la devolución de la información en torno a las categorías preliminares y emergentes en el proceso de organización de los datos, para someterlas a un proceso de validación por los participantes, en el cual, se aclaró, se afirmó o se refutaron los planteamientos expresados en las tendencias construidas por el investigador a partir de los textos significativos. La devolución de la información se llevó a cabo mediante la realización de dos grupos focales, uno con los profesores y otro con los estudiantes participantes, en un aula de la universidad, en horarios diferentes a las prácticas y a las clases teóricas. Este proceso permitió validar aspectos relacionados con el proceso de atención de enfermería (PAE), los vacíos de la comunicación entre profesor-estudiante-equipo de salud durante la práctica clínica, los saberes que son enseñados y aprendidos durante la teoría y la práctica, los métodos utilizados para la enseñanza y el aprendizaje, además permitió profundizar sobre el cuidado espiritual desde la voz de los profesores y de los estudiantes.

5.1.7 Criterios de Evaluación

En la investigación cualitativa expresa Leninger (64), los criterios de evaluación están establecidos para determinar si el estudio o trabajo satisface los estándares y expectativas bajo el paradigma en el que se desenvuelve, Le Compte y Goetz, citados por Leninger, afirman, que su propósito a diferencia al paradigma cuantitativo, es “describir significados profundos, interpelaciones y atributos de calidad de los fenómenos estudiados, más que obtener resultados cuantitativos mesurables” (64).

La credibilidad, refiere Leninger (64), como una descripción detallada de las realidades objetivas, subjetivas e intersubjetivas, lo cual fue llevada a cabo en la descripción detallada en las notas del diario de campo y las transcripciones de las entrevistas, lo que permitió develar el acontecer de la enseñanza y el aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica en la práctica clínica. A la vez, que los resultados fueron reconocidos como verdaderos por los participantes en el proceso de devolución de la información durante el trabajo investigativo. Situación que permitió realizar una reflexión permanente frente a conservar la coherencia interna de la investigación a través de relacionar los hallazgos, con el problema, las preguntas, los objetivos y el método.

En cuanto a la reflexividad vivenciada en esta investigación, en la etnografía el tema de la reflexividad es recurrente a través de toda la investigación, porque se rescata en forma permanente la voz de los participantes, lo cual implica ir, volver para analizar e interpretar lo dicho por ellos y volver para entregarles lo interpretado y validarlo. Las diferentes técnicas empleadas como la observación no participante, las notas de campo, las entrevistas semiestructuradas permitieron estudiar el objeto de investigación desde las diferentes maneras de saber, actuar, sentir y expresarse de los participantes, lo cual permitió triangular la información y acercarse al sentido de lo expresado.

La transferibilidad, Leninger, citada por Janice & Morse (64), señala que la posibilidad de transferencia es posible cuando un hallazgo particular de un estudio cualitativo se puede transferir a otro contexto o situación similar, que para esta investigación se efectuó mediante la posibilidad de establecer comparaciones con otros contextos y dar pautas para tener una idea en general del problema

estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otros ambientes, como lo advierte Hernández (61).

La objetividad evidenciada por la confirmabilidad, se refiere según Arias (65), a la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información, para lo cual se garantizó la transcripción textual de las entrevistas, se contrastaron los hallazgos con la revisión bibliográfica efectuada y lo existente en la literatura, además, de la revisión de hallazgos por parte del asesor.

5.2 Consideraciones Éticas

La presente investigación se presenta dentro del marco de los criterios éticos planteados desde la OPS y la OMS, en la publicación realizada en el 2003, sobre las Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas (66), donde se contempla no solo la declaración de Helsinki, sino las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica Seres Humanos CIOMS 2002, teniendo en cuenta los requisitos para la construcción del consentimiento informado. Se fundamenta de forma muy específica en el apartado desarrollado por Ezequiel Emmanuel (66) (Figura 5), donde se plantean los siete requisitos para que la investigación sea ética, con el objetivo de salvaguardar la integridad de los participantes en el desarrollo de este trabajo investigativo, en el contexto nacional e internacional.

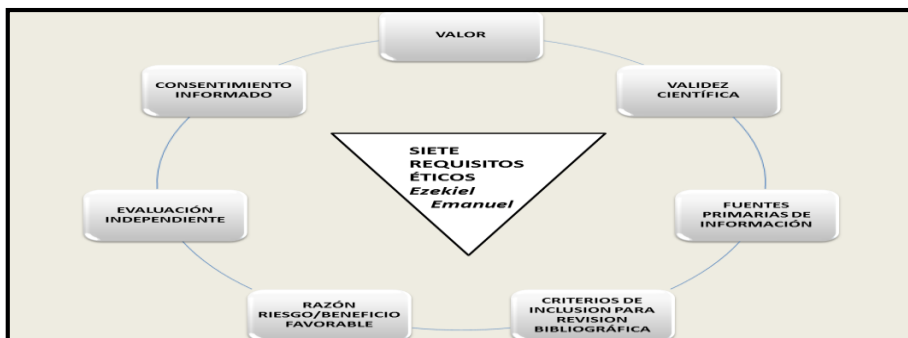


Figura 5. Criterios éticos adoptados por la OMS - según Ezequiel Emanuel.⁵

⁵ Esquema basado en: ¿Que hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In: Bioética. Ezequiel Emanuel. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas POS OMS. 2003.

Del mismo modo, la investigación se establece dentro del marco de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano, actual Ministerio de Protección Social (67), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud considerada como una investigación sin riesgo, ya que en su desarrollo no tiene implícita ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio (67), sin embargo, se consideran que pueden presentarse riesgos inherentes a la vulnerabilidad de las personas entrevistadas y frente a las observaciones realizadas.

El valor social o científico

Los resultados obtenidos en la investigación permitieron identificar las prácticas pedagógicas que median la enseñanza y el aprendizaje de las estudiantes de enfermería, del cuidado del paciente con enfermedad crónica, durante la internación hospitalaria.

Su aporte humano se enfocó a la descripción de cómo fueron realizadas las mediaciones comunicativas en el proceso de enseñanza – aprendizaje, y como se presentó el cuidado integral de la persona, con todas las dimensiones que lo conforman, tanto para el estudiante en su proceso de aprendizaje del cuidado, como para el paciente sujeto de cuidado, proceso en el que se hicieron implícitas variables intersubjetivas que hacen parte de la interacción humana con el entorno y con la experiencia de aprendizaje de cuidador, en el caso del estudiante en formación, además, el ser paciente con necesidades y diversas formas de afrontamiento, en el caso del paciente.

De igual manera, el impacto social está dado en la medida que propició la identificación de aspectos de la educación de enfermería, relacionados con los núcleos epistemológicos que la sustentan, dando lugar a la posibilidad de mejorar las prácticas de cuidado, en beneficio de los pacientes.

Validez científica.

La investigación se realizó con el rigor metodológico bajo los criterios que establece el enfoque histórico hermenéutico, y los cuales se encuentran descritos a profundidad en el capítulo del diseño metodológico de la presente investigación, teniendo en cuenta la ruta metodológica trazada.

Selección equitativa de los sujetos

La selección de los sujetos se realizó guardando los criterios de inclusión descritos en el diseño metodológico, centrados en la pregunta de la investigación. La selección de los participantes se efectuó mediante el muestreo a conveniencia. No se realizaron pruebas, intervenciones o procedimientos en el presente estudio, el material o la información se obtuvo específicamente para fines de la presente investigación.

La disposición final de la información recolectada se efectuó por medio del almacenamiento de las transcripciones de entrevistas y diarios de campo en archivos en Word, grabados en el computador personal del investigador principal, cuyo acceso es de uso exclusivo por este, en la carpeta correspondiente a investigación maestría, no teniendo acceso al público. Los registros físicos procedentes de las observaciones no participantes, se almacenaron en el cajón del escritorio de la biblioteca personal del investigador personal, cerrado con llave, de la cual no tiene acceso ninguna otra persona, durante el tiempo que duró la investigación, serán destruidos dos años después de realizada la primera publicación, para salvaguardar la seguridad de la información y de la identidad de los participantes.

La información derivada del proceso de investigación es de uso exclusivo para esta investigación, con fines exclusivamente académicos, incluyendo artículos de publicación científica, derivados de los resultados del proceso investigativo, y en los cuales puede haber uso de algunos fragmentos de las entrevistas, con el objetivo de ampliar la comprensión de las unidades de análisis, salvaguardando la identidad tanto de las instituciones, como de los participantes.

Razón riesgo/beneficio favorable

En el desarrollo de la investigación se garantizó que la información suministrada por parte de los profesores participantes, no será revelada a ninguna persona, incluyendo sus pares, o directivos de la institución donde labora, es de manejo exclusivo por parte del investigador y el docente asesor, para fines académicos del presente trabajo investigativo, además, no se contó con co-investigadores durante el desarrollo del mismo.

Se garantizó el cumplimiento del principio de no maleficencia, mediante la minimización de riesgos por parte de los sujetos participantes, por medio de la garantía de no obtener riesgos de sanciones disciplinarias o contractuales por parte de la entidad contratante, ni por parte de la institución donde se llevó a cabo la práctica clínica, derivada de su participación en la presente investigación, de la información suministrada, y garantizando la protección en el anonimato de su identidad y de la información proporcionada por los docentes participantes.

No se identificaron riesgos físicos, psicológicos, sociales, culturales o económicos, ya que los participantes no fueron expuestos a la salida de la institución donde realizan su práctica docente en el caso de los profesores, ni donde realizan la práctica clínica, en el caso de los estudiantes, por lo cual no se incurrieron en inversiones o gastos de dinero, procedidos de la participación en la investigación.

De igual manera, a los estudiantes participantes se les garantizó que la información suministrada durante las entrevistas no sería objeto de riesgo de sanciones o reprensiones por parte de los profesores o personal de la institución hospitalaria objeto de la práctica, no será de conocimiento por parte de sus compañeros, docentes, ni directivos de la institución a la que pertenece, se garantizó salvaguardar en el anonimato la identidad de cada uno de los estudiantes participantes y de la información proporcionada por cada uno de ellos.

Los riesgos para el investigador principal están sujetos al desplazamiento a la institución donde se realizará el trabajo de campo, para lo cual se cuenta con el aseguramiento de la entidad prestadora de servicio de salud (EPS), por parte del

empleador; no se identifican riesgos inherentes al campo, ya que en la observación no participante el rol del investigador principal, estará limitado a la presencialidad en las actividades de cuidado realizadas por las enfermeras del servicio a los pacientes, por los estudiantes o por los docentes, sin participación en la realización de procedimientos o acciones de cuidado directo durante el proceso investigativo.

Evaluación independiente

La evaluación de la investigación está sujeta a la valoración de evaluadores internos y externos, dispuestos por el programa de Maestría de Enfermería, de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, con el objetivo de valorar el cumplimiento a lo propuesto en la pregunta investigativa propuesta, bajo el rigor científico metodológico. Así mismo, el proyecto de investigación tuvo la evaluación del comité de ética de la Corporación Universitaria Adventista, después de ser aprobado por el comité de ética de la Universidad de Antioquia.

Las fuentes de financiación de la investigación procedieron de recursos propios y apoyados en recursos de la Universidad de Antioquia, por medio del asesor asignado, no existió a la fecha de la entrega del trabajo de investigación, conflictos de intereses.

Consentimiento, consideraciones con los participantes

La participación de profesores y estudiantes, estuvo sujeta al respeto por la autonomía de los sujetos participantes (66), para lo cual se diseñó un formato de consentimiento informado, en el cual se describió el propósito del presente estudio. El diligenciamiento de cada consentimiento se realizó a cada profesor de práctica, antes de la realización de la observación no participante, haciendo una lectura completa de este, de forma sencilla, con lenguaje claro, ante la presencia de un testigo, distinto al investigador; también antes de cada entrevista a estudiantes y docentes, siguiendo el mismo procedimiento. En ambos casos se llevó a cabo el registro de la Declaración de Consentimiento, mediante la firma del participante, el testigo y el investigador responsable de esta investigación.

Respeto por los sujetos inscritos

En la presente investigación el respeto por los participantes, se expresó por medio de la posibilidad dada a profesores y estudiantes participantes, de retirarse sin ninguna sanción en su contra, durante todo el tiempo que fue llevado a cabo el proceso investigativo. Se suma a ello, la protección de la privacidad a través de garantía de preservar la confidencialidad tanto de la identidad de los participantes, como de la información suministrada por ellos. Así mismo, se garantizó el respeto a los participantes, mediante el suministro de información suficiente a cerca de los riesgos o beneficios al participar del trabajo investigativo.

Se garantizó la devolución de los hallazgos obtenidos en el análisis de la información tanto a los participantes como a los directivos de la Corporación Universitaria Adventista, en el programa de enfermería. Además, al finalizar el estudio se generó el compromiso de realizar la presentación de un informe al comité de ética de la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, con un resumen de los resultados y las conclusiones del trabajo investigativo.

Finalmente, durante el desarrollo de la investigación se garantizó la observancia permanente de la aparición de riesgos que pudieran atentar en contra del anonimato de la identidad de los participantes y de la información provista por cada uno de ellos.

6. Hallazgos y Discusión

En la caracterización realizada al grupo de profesores y estudiantes participantes, se evidenció que los estudiantes en su totalidad fueron del sexo femenino, de los profesores participantes, dos fueron del sexo masculino y uno del femenino.

Con relación a la edad de los participantes, en el grupo de los estudiantes oscila la gran mayoría entre los 21 y 25 años de edad, solo dos de los participantes están en el rango de edad entre los 26 y 30 años, y la edad de los profesores oscila entre 28 y 30 años, solo uno de ellos es mayor de 60 años. En cuanto al estado civil, en el grupo de profesores tres son casados y solo uno es soltero, los estudiantes participantes todos tenían estado civil soltero.

En lo concerniente al nivel de formación de los profesores, se encontró que dos de los profesores encargados de los contenidos teóricos contaban con estudios de maestría, uno en el área de Salud Pública y otro en Educación, en el caso de los profesores encargados de los contenidos de la práctica, uno de ellos cursaba en el momento de la investigación la especialización en docencia universitaria y el otro profesor contaba con especialización en cuidado crítico.

Además, se encontró que solo un profesor estaba en formación post-graduada relacionada con la docencia, los demás participantes no contaban con estudios en esta área. En cuanto a la religión de los participantes, se evidenció que cinco de los estudiantes participantes profesaban la religión católica, uno pentecostal y dos adventistas. En el caso de los profesores participantes dos manifestaron ser católicos y dos adventistas, las dos enfermeras profesionales entrevistadas, ambas expresaron ser católicas.

6.1 Proceso de Enseñanza Aprendizaje

Para tener una comprensión de las dinámicas que surgen alrededor del aprendizaje durante la práctica, es necesario comprender la naturaleza del conocimiento de enfermería y como es adquirido en principio durante la teoría, antes de que el estudiante inicie su experiencia de aprendizaje en la práctica

clínica, lo cual es analizado en la investigación a partir de la información obtenida durante las entrevistas con los profesores y estudiantes participantes.

Los hallazgos de la investigación giran en torno a dos categorías, proceso enseñanza aprendizaje e interacción comunicativa. El siguiente diagrama (Figura 6) describe las categorías y subcategorías para el análisis.

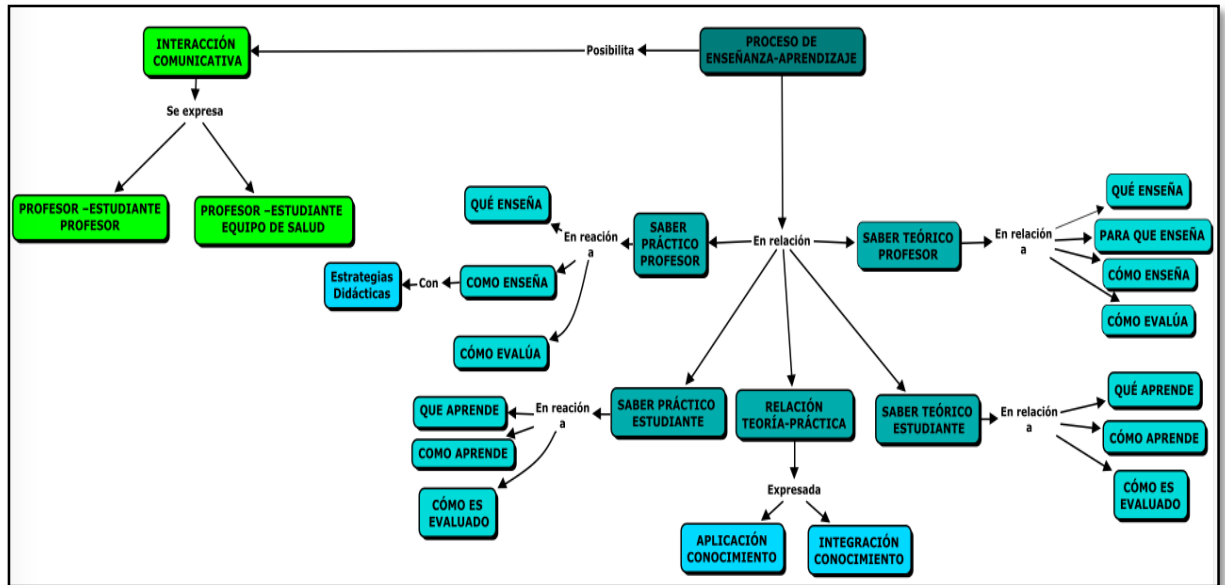


Figura 6. Categorías y Subcategorías relacionadas con el proceso enseñanza aprendizaje del cuidado. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Los resultados de la investigación relacionados con la categoría enseñanza aprendizaje, comprendieron las subcategorías de los saberes teóricos y prácticos que fueron enseñados por los profesores y aprendidos por los estudiantes durante la práctica clínica, en la experiencia de cuidado al paciente con enfermedad crónica. Así mismo, las dimensiones que hacen parte del saber teórico desde el profesor: que enseña, para que enseña, como enseña, como evalúa y desde el estudiante: que aprende, como aprende y como es evaluado (Figura 7).

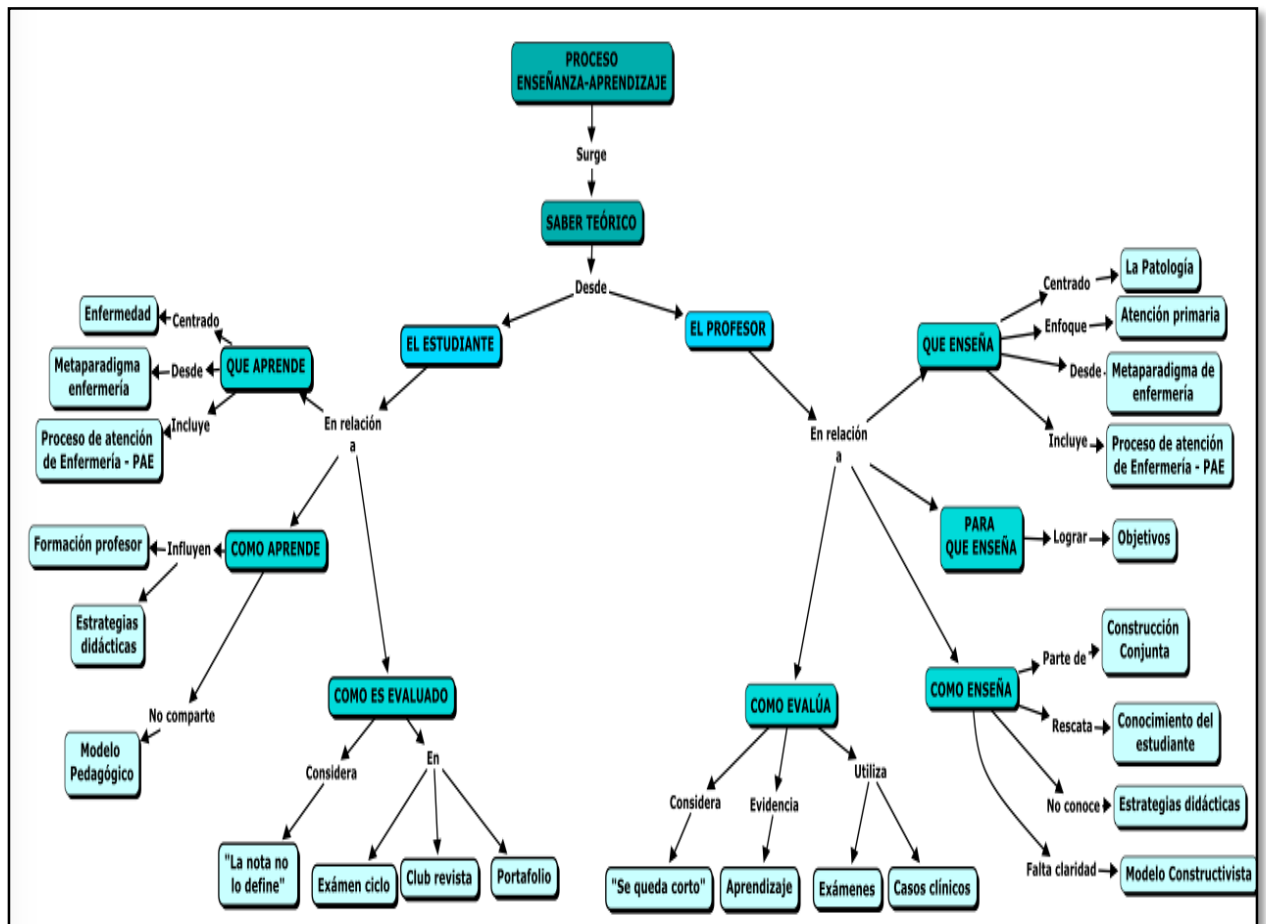


Figura 7. Saber teórico del profesor y del estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

6.1.1 El profesor y el saber teórico

El saber teórico, en la definición de J. Sacristán (37), en el texto *Comprender y Transformar la Enseñanza*, se entiende como los aprendizajes que el estudiante debe alcanzar hacia el logro de los fines de la educación y que expresan los valores que un programa de formación difunde en un contexto social e histórico. Para la investigación, el saber teórico es el cuerpo de conocimientos que constituyen los aprendizajes para el logro de las competencias científicas, técnicas, profesionales, humanísticas y sociales durante la formación profesional.

6.1.1.1 Los saberes “que enseña” el profesor en el aula

En el proceso investigativo, al indagar a los profesores por la enseñanza del saber teórico, uno ellos manifestó que enseña todo lo que tiene que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles, desde el enfoque de atención primaria en salud, es decir, desde los diferentes niveles de prevención hasta el terciario, además expresó que tratan de integrar los contenidos que tienen los demás profesores del área para complementar el enfoque clínico, que se basa en la prevención de las patologías, de acuerdo con la experiencia que tienen los profesores en la clínica, como lo describen en el siguiente texto significativos:

“Todo lo que tiene que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles, pero lo doy desde el enfoque de atención primaria en salud, como la primera parte en los diferentes niveles de prevención, hasta el terciario” E2-P2.

Así mismo, los participantes expresaron que se enseña cómo se produce la enfermedad, cuales son los factores que pueden causarla, las actividades de promoción de la salud para que la enfermedad no se presente, y las pruebas de tamizaje para detectar de forma precoz la enfermedad, de igual manera se enseña el diagnóstico médico, y los diferentes diagnósticos de enfermería que pueden ser formulados de acuerdo a la sintomatología que tiene el paciente y el tratamiento que puede ser farmacológico y no farmacológico, es decir, lo patológico “es lo más grueso de todo”, los trastornos en cada uno de los sistemas, el neurológico, el cardiovascular, el metabólico, la parte psicológica y nutricional, como se expresa en voz de los participantes:

“Como se produce la enfermedad, cuales son los factores que puede llegar a desarrollar enfermedad, luego pasamos a cuáles son las actividades de promoción de la salud para que esta enfermedad no se dé, las pruebas de tamizaje para detectar precozmente esa enfermedad” E2-P2

Por lo tanto, el saber teórico tiene énfasis en el saber biomédico centrado en la enfermedad, en los signos y síntomas y en el tratamiento, lo que conduce a formar en el estudiante una estructura de conocimiento en enfermería que difiere de los planteamientos epistémicos que la fundamentan como cuerpo disciplinar.

Para ANA (American Nurses Association) citada por Meleis, la enfermería como disciplina es definida como “el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales o potenciales” (44), lo cual difiere del enfoque de la “curación” que centra la atención a la salud como una tecnología, según lo describe Medina en la Pedagogía del Cuidado (56), un enfoque cuyo significado en la ciencia aplicada procede de la Medicina.

En consonancia con lo expuesto, Meleis (44) expresa, que la formación de enfermería centrada en los fundamentos del saber médico es un asunto que se remonta a los primeros programas de educación formal de la profesión propuestos en sus inicios por Florence Nightingale, cuyos intentos por realizar los primeros acercamientos a la teorización de la disciplina fundada en la salud, la higiene, el ambiente y el cuidado, sucumbieron ante el dominio de la práctica médica.

Así mismo, Norris(68) enfermera investigadora a cerca del desarrollo del conocimiento epistemológico de enfermería, describe como el conocimiento de la enfermería está estrechamente ligado con la medicina, la cual por tradición ha estado orientada a los síntomas, estos representan el daño de los sistemas del cuerpo y demandan una intervención médica, donde “gran número de las intervenciones de enfermería han surgido para complementar las intervenciones médicas y producir medidas que reduzcan el discomfort causado por la patología o por el tratamiento médico” (68).

Ahora bien, se percibe en la enseñanza del saber teórico, un interés dirigido hacia la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, según la Carta o Conferencia de Ottawa (Ginebra, OMS 1986) (69), esta se define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, perspectiva que dirige la mirada hacia las necesidades que surgen en el individuo sano o enfermo para conservar la salud o en el caso del paciente con enfermedad crónica, para poder mejorar su condición actual, sin embargo, en los saberes enseñados a los estudiantes de enfermería predomina la dependencia del modelo biomédico.

Desde esta mirada, es importante en la enseñanza del saber teórico, tener en cuenta las necesidades humanas de la persona que padece la enfermedad, por tanto, se deben identificar las áreas del conocimiento de enfermería, que corresponde según Siles (30), a las coordenadas epistemológicas de la disciplina

de enfermería, centradas en las respuestas de la persona tanto a la enfermedad como al tratamiento en el caso del paciente hospitalizado.

En este orden de ideas, es imperativo que la enseñanza del saber teórico señale el norte del que hacer de enfermería, tanto en su campo de acción como en el desarrollo de la investigación que deriva de la práctica, y que se constituye como uno de los grandes retos para los profesionales de enfermería, como lo afirma Siles (30), en cuanto a la consolidación profesional y científica, desde los cimientos epistémicos que le son propios.

Otro de los saberes teóricos en la enseñanza de la enfermería, es el expresado por un participante, quien afirma que la enseñanza del saber teórico se inicia observando al paciente, teniendo en cuenta el metaparadigma de enfermería, el cual se integra al caso clínico desde el inicio de la clase, caracterizando quien sufre la enfermedad crónica por la edad, el sexo, lugar donde más se presenta, los factores ambientales que influyen para que el paciente adquiera una enfermedad crónica y los estilos de vida:

“Vamos al paciente primero desde la parte del metaparadigma, primero miramos al paciente, por eso les pongo el caso clínico al principio, en la persona caracterizamos quien sufre la enfermedad renal crónica, cual es la edad, cual es el sexo donde más se presenta, cuales son los factores ambientales que influyen para que el paciente adquiera una enfermedad renal crónica, entonces miramos todos los factores, estilos de vida” E7-P3.

Desde el concepto salud del metaparadigma, se enseña solo la fisiopatología, es decir, como se presenta la enfermedad, cuales son los signos, los síntomas y el tratamiento, y desde enfermería, se enseña la teoría de Virginia Henderson por medio de la identificación de necesidades, y el profesor parte del supuesto que la teoría ya ha sido estudiada. Uno de los participantes expresó que el profesor lleva a la clase una serie de diagnósticos con el fin de que el estudiante elija el más acertado para el paciente con la enfermedad, dependiendo de la necesidad alterada, como lo describen en los textos significativos: *“Miramos la parte de enfermería, entonces en esa parte metemos la teoría de Virginia Henderson, identificamos necesidades, se supone que ya vimos la teoría (...)”E7-P3.*

“Yo les traigo a ellos una serie de diagnósticos y les digo, de esos se va a escoger el diagnostico más acertado para el paciente de cistitis, ¿Cual es el diagnostico? Entonces comienzan a tomar el diagnostico, dependiendo de la necesidad alterada”E7-P3

En la enseñanza del saber teórico, se evidenció una intencionalidad explícita en algunos de los docentes por vincular los contenidos relacionados con el metaparadigma de enfermería, el cual incluye conceptos a partir del proceso salud enfermedad, los diagnósticos y las intervenciones propias de enfermería, sin embargo, el profesor para su enseñanza, parte del supuesto que el estudiante conoce la teoría que le permite llevar a cabo el planteamiento del cuidado que se brinda al paciente que padece la enfermedad.

Es necesario, para ampliar el marco de comprensión del significado del concepto de metaparadigma, acudir a la definición realizada por Kuhn en la Estructura de las Revoluciones Científicas, quien define un paradigma como “todas las realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (70), es decir, los supuestos universales que permiten adoptar una postura hacia la manera de percibir el mundo y sus fenómenos.

Las enfermeras Fawcett y Desanto, quienes han desarrollado a profundidad el componente epistemológico en enfermería (41), afirman del metaparadigma, que son los conceptos y proposiciones globales que ayudan a los miembros de una disciplina a identificar el centro de su conocimiento, por tanto, se constituyen en la brújula orientadora del accionar de quienes hacen parte de una disciplina con su propio objeto de estudio.

En ese sentido, la enseñanza del saber teórico en enfermería implica la comprensión por parte de los profesores y estudiantes, de los conceptos que conforman la estructura medular del metaparadigma de enfermería como fundamento para el cuidado desde un enfoque disciplinar.

Hay que mencionar, que desde el metaparadigma, el concepto de enfermería, propone que la disciplina este en directa relación con los principios y leyes que gobiernan los procesos de vida, bienestar y funcionamiento óptimo de los seres humanos enfermos o sanos (41), en la cual, subyacen los patrones de comportamiento humano en interacción con el ambiente, en eventos de la vida normal y en situaciones críticas de la vida, afirman Fawcett y Desanto (41).

Es importante entonces trascender la enseñanza de enfermería, orientada en los saberes teóricos de las ciencias biomédicas, las ciencias básicas biológicas

(anatomía, fisiología, bioquímica) y psicosociales o humanísticas hacia la enseñanza de los fundamentos del cuidado de enfermería. Aunque los hallazgos de la investigación evidenciaron una intencionalidad por integrar en la enseñanza de los saberes teóricos, la ciencia de enfermería (modelos y teorías de enfermería), predominan los saberes orientados hacia los síntomas, la enfermedad y el tratamiento médico, porque se centra su enseñanza en la identificación de los diagnósticos de enfermería desde el diagnóstico médico, y no desde los aspectos que señalan la forma como la persona genera respuestas humanas hacia el proceso salud-enfermedad.

Si bien, los conocimientos biomédicos son considerados como fundamentos básicos para el ejercicio profesional, es imprescindible en la enseñanza de los saberes teóricos, propiciar la comprensión del cuidado desde una mirada disciplinar, sus pilares, esenciales para el ejercicio profesional, en los diferentes escenarios, en particular, el de la práctica clínica.

Una tendencia que se evidenció fue la de plantear las intervenciones de enfermería a partir del diagnóstico médico, aunque existe un propósito desde los participantes por orientar la enseñanza del cuidado de enfermería, basado en el modelo de las 14 necesidades planteadas en la teoría de Virginia Henderson, sin embargo, el diseño del plan de cuidado no se estructura de manera completa o en profundidad, de acuerdo a las necesidades que se identifican en el paciente sujeto de cuidado.

Como uno de los fundamentos para el diseño del plan de cuidado, la teoría de Virginia Henderson (71), esboza la dualidad que existe entre el rol de enfermería y el rol médico y las funciones autónomas de la enfermera, para lo cual, describe dentro de su teoría para el cuidado, que las intervenciones de la enfermera se originan de la valoración del paciente de las 14 necesidades fundamentales para el ser humano, y en donde debe cimentarse la atención de enfermería, lo que contribuye a dimensionar las acciones del cuidado centrado en las respuestas humanas, pero teniendo en cuenta la reflexión necesaria sobre el significado de cuidado, entorno, persona y enfermería.

Si bien Henderson (71) en su teoría, describe como la enfermera debe interactuar con otras disciplinas obligando a la interdependencia y a la generación de acciones interdisciplinarias, es el profesional de enfermería quien según la autora

(47), representa la mayor autoridad en los cuidados básicos de enfermería en un paciente, por tanto, es el dinamizador de las acciones propias al que hacer de su profesión, aún más aquellas que se fundamentan en los conceptos que sustentan los referentes disciplinares y que debe llevar a actos concretos el propósito de la profesión (47).

En este marco de ideas, se propone que durante la formación, la enseñanza de la disciplina debe estar cimentada en los conceptos que integran la base jerárquica del conocimiento de enfermería y lo que representa su significado. Aspectos que deben tener un predominio por los principios y leyes que presiden los procesos de vida en el paciente con enfermedad crónica, la identificación de los patrones de comportamiento y de las respuestas humanas que emergen tanto en el sujeto de cuidado como en su cuidador, generando necesidades que demandan su intervención.

La pregunta es entonces, ¿Por qué teniendo en cuenta que existe un cuerpo teórico, disciplinar y metodológico para brindar cuidado de enfermería, prevalece el saber médico cuando se concretan las acciones de cuidado?

¿Es comprendido el PAE como una herramienta metodológica para el cuidado?

En lo concerniente al proceso de atención de enfermería (PAE), un participante manifestó que es el método de trabajo a nivel mundial, dado a que permite el reconocimiento de los profesionales de enfermería como independientes y autónomos, con conocimientos suficientes para tomar decisiones frente al cuidado, siendo un elemento fundamental en la actualidad el conocimiento de las taxonomías que han surgido a través del tiempo.

“Yo digo es que PAE es el método de trabajo de enfermería a nivel mundial, es lo que nos reconoce como unas profesionales independientes, autónomas, que tenemos unos conocimientos suficientes para tomar decisiones frente al cuidado” E12-P4.

“(…) Cualquiera enfermera hoy en día tiene que saber que es el PAE, saber que existen unas taxonomías que han ido también apareciendo a lo largo del tiempo” E12-P4.

Así mismo, manifestó que lo más importante si se trabajara con el PAE, son los cuidados de enfermería que se brindan, estos serían verdaderamente individualizados, debido a que cada cuidado sería el resultado de un diagnóstico de enfermería, además consideró, que el PAE es una herramienta básica para la existencia de una facultad de enfermería: *“Yo digo lo más importante si se trabajara con el PAE esos cuidados de enfermería serían verdaderamente individualizados, porque saldría cada cuidado de un diagnóstico de enfermería, (---) considero que es básico, una facultad de enfermería sin PAE no puede existir en estos momentos” E12-P4.*

En cuanto a la enseñanza del saber teórico inicial brindado para la valoración del paciente, afirmó, que en el cuarto semestre enseñan la semiología, y aunque ha sido un requerimiento desde la dirección del programa hacerlo por dominios según la NANDA, para el profesor de la teoría ha sido complicado porque exige integrar conceptos de neurología, de cardiopulmonar, entre otros, por tanto se enseña por sistemas, como resultado cuando el estudiante sabe como valorar todos los sistemas, puede de igual manera valorar cualquier necesidad:

“Nosotros en el cuarto semestre, vemos semiología, a mi aquí me han pedido mucho que haga la semiología por dominios según la NANDA, yo no he sido capaz de hacer eso así, la vemos por sistemas (...), porque en un dominio usted tiene que integrar cosas de neuro, cosas de cardiopulmonar, cosas de otros sistemas, me parece muy complicado, cuando ya el estudiante sabe como valorar todos los sistemas, ya puede valorar tranquilamente cualquier necesidad” E12-P4.

De igual manera manifestó, que este proceso de integración puede ser fácil para el profesor, debido a que ya él tiene la anatomía, la fisiología, la farmacología y la experiencia, sin embargo, al estudiante hay que ayudarlo a hacer bien la integración de estos saberes con los cuidados de enfermería con base a preguntas, solicitando de parte de él estudio en el caso que lo requiera, como lo describe el texto significativo: *“(...) Uno lo ve muy fácil, porque ya uno tiene la anatomía, la fisiología, la experiencia, a ellos hay que hacerles ver bien esa integración, con base a preguntas, y pues también les manda uno a estudiar porque ellos ya tienen bases, es como irles haciendo ver como se integra cada cosa la anatomía, con la fisiología, con farmacología, con los cuidados” E12-P4.*

De otro lado expresó, que durante el periodo inter-semestral se hacían unos cursos para los profesores, porque realmente con el PAE se han presentado problemas en todas las facultades de enfermería, debido a que ha sido visto como “un tabú”, es decir, como algo no muy agradable. Uno de los motivos que contribuyen a esta situación es la falta de unificación por parte de los profesores en todos los conceptos y en cómo se maneja, generando en el estudiante que durante la teoría aprenda un saber, y cuando llega a la práctica, si el profesor no está unificado con este saber, ocasiona una interpretación inadecuada del mismo.

Como resultado, el estudiante no saben a quién hacer caso, si a lo estudiado en clase o a lo exigido por el profesor en la práctica porque es quien lo evalúa y asigna la nota, como lo describe el texto significativo:

“... hay como un tabú, la gente ha visto el PAE como algo no muy agradable digámoslo así (...) el estudiante aprende una cosa y cuando va a la práctica el profesor sino está muy unificado con lo que ellos recibieron, entonces va a distorsionar aquello que ellas llevan, ya no saben a quién hacerle caso, si a lo que vieron en clase, o a lo que les está exigiendo este profesor en práctica porque es el que lo va a evaluar, entonces le voy a hacer caso a este profesor porque la nota la va a poner es este profesor” E12-P4.

Otro profesor participante expresó, que para enseñar el cuidado parte de lo fundamental, es decir, con el repaso de anatomía, fisiología, patología y el tratamiento farmacológico y no farmacológico, y en la parte de enfermería enseña con el PAE los cuidados que se derivan de la enfermedad con las principales etiquetas diagnosticas, a su vez, expresó que en muy pocas ocasiones hace un diagnostico de enfermería completo, en general solo hace las etiquetas diagnosticas: *“Para enseñar el cuidado cojo siempre como las cositas mas, frecuentes, con la parte fundamental, los repasos de anatomía, fisiología, patología, tratamiento farmacológico, no farmacológico(...)”E2-P2.*

“(...) en la parte de enfermería, bueno con el PAE, los cuidados que se derivan de ahí, estas son las principales etiquetas diagnosticas, realmente muy pocas veces hago un diagnostico [de enfermería] completo, sino nada mas las etiquetas diagnósticas” E2-P2.

En cuanto al saber teórico relacionado con las intervenciones de enfermería (NIC), un participante expresó que busca algunas intervenciones y las comenta con los estudiantes, utiliza hechos reales que le han sucedido, y brinda un espacio para

que algún estudiante cuente su experiencia, debido a que algunos son auxiliares de enfermería, o también se socialice alguna experiencia que hayan tenido con un familiar, así mismo, otro participante expresó que permite que los estudiantes organicen el PAE y las necesidades del paciente, de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson, como lo expresan en el texto significativo:

"Busco en la NIC algunas intervenciones y las comentamos, y tratamos de colocar como hechos reales de me hayan sucedido, y doy el espacio para que alguien cuente su experiencia porque algunas son auxiliares de enfermería, o tal vez alguna experiencia de su casa que hayan tenido con algún familiar" E2-P2.

El proceso de atención de enfermería (PAE), según los estándares definidos por la Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), "es un modelo de pensamiento crítico que promueve un nivel competente de cuidados, engloba todas las decisiones y constituye la base de la toma de decisiones" (72), es considerado según Alfaro RL (50), enfermera, miembro de la Academy of Nursing Education, como la ruta que guía el pensamiento de las enfermeras, más que una pauta para la planificación y documentación formal de los cuidados.

En el análisis sobre la aplicación del PAE en la práctica de enfermería, es importante identificar la regulación normativa en el campo disciplinar que lo legisla dentro de su accionar profesional. En ese orden de ideas, desde el Concejo Internacional de Enfermeras (CIE) (15), en el código deontológico internacional, no plasma de manera explícita la implementación del PAE como herramienta metodológica de la labor de la enfermera, no obstante, respalda el establecimiento de normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados.

En el contexto Colombiano, se adiciona la legislación que regula la acreditación de alta calidad en las instituciones de salud, la resolución 1445 de 2006 (73), que exige la implementación del proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, y la identificación de los servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente. A esto se suma, que desde las disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para la práctica de la disciplina, descritas en la ley 911 de 2004, está definido que "el acto de cuidado de enfermería, es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión" (14), hecho que según la misma norma, "implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo

para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería” (14).

Los hallazgos evidenciaron la importancia de la comprensión tanto de profesores y estudiantes a cerca de los saberes relacionados con la anatomía, fisiología, patología y el tratamiento farmacológico y no farmacológico, que pueden determinar cambios o situaciones de disconfort en el paciente, sin embargo, es necesario volcar la mirada hacia la planeación de los cuidados de enfermería a partir de las necesidades que surgen en el individuo sujeto de cuidado durante el proceso de hospitalización.

En ese sentido, un punto de desencuentro es entre el saber teórico enseñado en la fase de valoración y el enseñado en la fase de elaboración del diagnóstico de enfermería como puntos de partida para las intervenciones de cuidado (NIC), situación que puede explicarse debido a la poca comprensión de la metodología y de los elementos conceptuales que constituyen la enseñanza de este saber, tanto de profesores como de estudiantes, lo cual da lugar, a que se adopten posturas individuales y no colectivas, es decir, significados que cada profesor construye durante la enseñanza de este saber. Por tanto, hay dificultades en la comprensión de su aplicación en cada una de las etapas que hacen parte de la valoración, y que son fundamentales para la elaboración del diagnóstico de enfermería centrado en las respuestas humanas y no en la enfermedad.

Al respecto, Alfaro RL (50) afirma, que la falta de aplicación de los principios establecidos para la valoración de los pacientes y el diagnóstico de enfermería, conduce a las enfermeras casi de forma inmediata a saltar a las conclusiones, sin proveer los riesgos y brindar los cuidados basándose en conjeturas, en lugar de evidencias, situación que debe ser prevista y tenida en cuenta desde la enseñanza de este saber teórico, propiciando en el estudiante el desarrollo y fortalecimiento de habilidades relacionadas con el pensamiento crítico, como la reflexión, la observación, el análisis y la inferencia fundamentales para la planeación de los cuidados a partir del proceso de enfermería.

Al respecto, el Dr. Peter Facione ex-rector de Loyola University, Chicago, U.S.A y su equipo, mediante la investigación y la enseñanza sobre razonamiento, toma de decisiones, y procesos de pensamiento individuales y grupales, en su ensayo: Pensamiento Crítico: ¿Qué es y por qué es importante?, Facione (74), define que el pensamiento crítico es un pensamiento que tiene propósito (probar un punto, interpretar lo que algo significa, resolver un problema), además de ser una tarea colaborativa, no competitiva. Hacen parte del pensamiento crítico el desarrollo de habilidades y actitudes o hábitos denominadas “habilidades cognitivas y disposiciones”, haciendo referencia a la interpretación, el análisis, la evaluación, la inferencia, la explicación y la auto regulación.

Desde este planteamiento, en el contexto de la educación en enfermería, es una responsabilidad propiciar en los estudiantes este tipo de habilidades cognitivas y actitudinales, por parte de los profesores encargados de la enseñanza de los saberes durante la teoría, que promueva la generación de juicios clínicos y la toma de decisiones razonadas para el cuidado.

Entendiendo por juicio clínico, el resultado de aplicar las habilidades del pensamiento crítico, según afirma Alfaro RL. (75), agrega, que es el pensamiento informado, que tiene un objetivo y está orientado a los resultados. Por consiguiente, está dirigido por estándares profesionales, códigos éticos y leyes, la identificación tanto de problemas clave como de los riesgos implicados, incluyendo el paciente, la familia, la comunidad y los cuidadores, y basado en principios del proceso de enfermería.

Se evidencia una intencionalidad de reconocer el PAE como un método de trabajo de enfermería, sin embargo, en la enseñanza del saber teórico relacionado con la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), y el uso del lenguaje estandarizado, no se encuentra fundamentado en todos los profesores, en su lugar, se apoyan en experiencias vividas por el profesor y los estudiantes que han laborado como auxiliares de enfermería, situación que descontextualiza la enseñanza de este saber, dado que la enseñanza no solo se realiza desde la experiencia de profesores y estudiantes, sino que requiere del contraste con el carácter científico de las intervenciones.

Así mismo, se enfatiza la relevancia que toma la aplicación de la clasificación de los resultados de enfermería (NOC), enfocada según lo definen las enfermeras Moorhead S., Johnson M., Mas M., y Swason E. (76), hacia la medición de los resultados y la identificación de los cambios en el estado de los pacientes, lo cual permite mejorar la calidad del cuidado y ampliar la base del conocimiento de enfermería, según lo establece que correspondan al cuidado de las enfermeras, refiriendo además que antes de la existencia estandarizada de resultados, estos dependían del uso de resultados interdisciplinarios desarrollados principalmente para la práctica médica.

Los hallazgos también evidenciaron un punto de desencuentro en la falta de claridad en la enseñanza de la fase de valoración por parte de los profesores que integran el microcurrículo del cuidado del adulto, debido a que la etapa de recolección de los datos incluye según Alfaro (50), la valoración física, la cual puede hacerse por sistemas, es decir, de la cabeza a los pies, y que incluye además otros elementos que son fundamentales para promover en primera instancia la relación enfermera-paciente y propiciar la detección de alteraciones en la persona sujeto de cuidado, como son el promover la comunicación, procurar la privacidad, no confiar en la memoria, elegir una manera de organizar la valoración realizada, tener en cuenta el dolor y la tos como quinto signo vital, este aspecto puede indicar que el paciente puede requerir de una valoración más profunda y comprobar las pruebas diagnósticas (50).

Esta dificultad no está representada en la forma como se lleva a cabo la valoración, sino en la manera como se realiza la enseñanza de cada una de las etapas que están implícitas en esta fase, es decir, la recolección de la información y la agrupación de los datos obtenidos. Para lo cual, en esta última se requiere un modelo teórico de enfermería, con el objetivo de asegurarse de que la información se ordene según el propósito que tiene la enfermera, comprender las respuestas humanas a la salud o enfermedad para poder generar intervenciones, según lo declara Henderson V. (47)

Sin embargo, en los resultados de la investigación, no es predominante los sustentos teóricos que cimenten en el estudiante la diferencia existente al realizar

la etapa de agrupación de la información recolectada, haciendo uso del modelo de enfermería o por sistemas corporales, debido a que este último ayuda a identificar los datos que pueden indicar problemas médicos y que deberían ser notificados a este profesional, mientras que la agrupación de los datos según un modelo de enfermería, ayuda a identificar diagnósticos y problemas de enfermería, que son propios a su razón de ser, el cuidado, propiciando en el estudiante el ejercicio de una práctica profesional poco autónoma y dependiente a las acciones medicas.

Cabe anotar, que la praxis de enfermería tiene implícito un nivel de interdependencia, Henderson lo afirma en su trabajo "The concept of nursing", describiendo el accionar de la enfermera como una actuación interdependiente con otros trabajadores de salud en diversas circunstancias, no obstante, reitera que es su obligación dentro del sistema de salud, evidenciar en sus acciones la capacidad de diseñar, iniciar y ser responsable de todas las practicas inherentes a su rol con los pacientes, en ese sentido, la autora considera la enfermería como una práctica independiente (77).

Hay que mencionar, además, que en la actualidad se hace referencia a este nivel de interdependencia con el personal médico, bajo la definición que Carpenito LJ. (78) hace como práctica de enfermería bifocal, para referirse a la responsabilidad de enfermería al hacer dos tipos de juicios o diagnósticos clínicos: de los diagnósticos de enfermería y de los problemas de colaboración.

Se empieza por explicar, que los diagnósticos de enfermería son definidos por la autora como juicios clínicos sobre las reacciones de la persona, familia o comunidad ante los problemas de salud, procesos vitales reales o posibles, estos proporcionan la base para seleccionar las intervenciones para lograr los resultados que son responsabilidad de la enfermera (78).

Dentro de este contexto, es importante resaltar la diferenciación que Carpenito LJ plantea hacia la conceptualización de los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración, declarando que la enfermera toma decisiones independientes relacionadas tanto con los problemas de colaboración como con los diagnósticos de enfermería, la diferencia radica según lo afirma la autora, en

que para los diagnósticos de enfermería, la enfermera prescribe el tratamiento definitivo de la situación y es responsable del logro de los objetivos, mientras que en los problemas de colaboración la enfermera controla el estado de la persona para detectar el inicio o la evolución de complicaciones fisiológicas y controla la situación con prescripciones tanto de enfermería como médicas (78).

Los hallazgos también evidenciaron, una intencionalidad de ubicar el PAE como un saber teórico transversal a todos los microcurrículos del programa, no obstante, hay divergencias en cuanto a la metodología de enseñanza utilizada para tal fin, debido a que la realización de un taller específico en cada semestre por un profesor asignado, con el objetivo de propiciar en principio la integración de la metodología práctica del PAE, debido a las dificultades que presentan los estudiantes para integrar los saberes relacionados con la anatomía, la fisiología, la patología y el tratamiento en cada necesidad descrita en el modelo teórico de Virginia Henderson. (Figura 8).

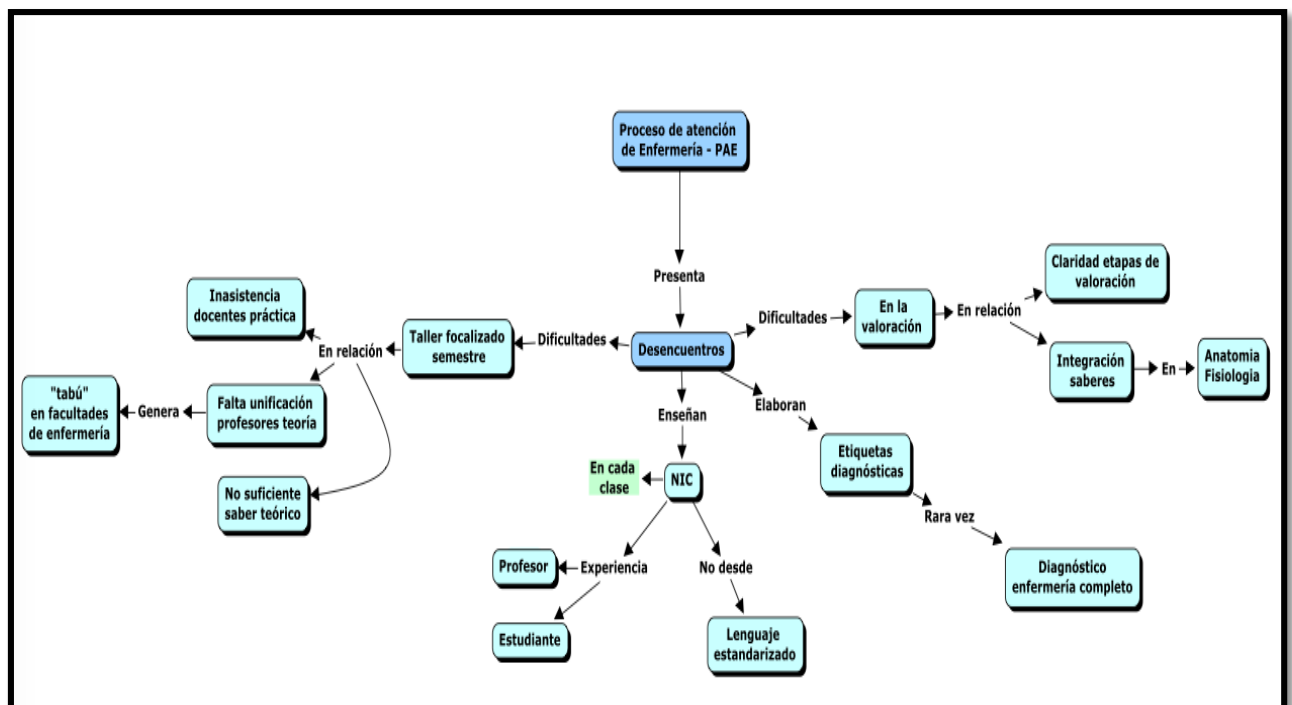


Figura 8. Enseñanza PAE en el aula. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Esta situación puede generarse, debido a la falta de profundidad por parte de profesores y estudiantes, en el análisis de las alteraciones presentadas en los pacientes y a la manera como generan respuestas humanas ante la conservación de la salud y la vida en contexto.

A lo que se suma, que en la estructuración del PAE durante la clase, solo se llega hasta la etapa de recolección de la información, a la identificación de alteraciones, no se profundiza en la identificación de patrones de acuerdo a la agrupación de los datos acorde al modelo teórico establecido.

Además, según lo expresado por los participantes, hay un punto de desencuentro en la comprensión de los saberes por parte de los profesores, en cuanto a la estructuración del PAE, evidenciado por la falta de comprensión y unificación en todos los conceptos implícitos en su estructura y en la forma como se implementa, generando en el estudiante una confusión entre los saberes aprendidos durante la teoría y los saberes que tiene el profesor durante la práctica, lo que contribuye como lo expresa uno de los participantes a considerar el PAE como un “un tabú”, es decir, algo no muy agradable para su comprensión, y en consecuencia, para la enseñanza como herramienta metodológica en el ejercicio del profesional centrado en el análisis y el juicio clínico.

Se propone por tanto, el fortalecimiento por parte de los profesores en el conocimiento acerca de la manera como deben aplicarse cada una de las etapas del PAE como herramienta de trabajo clínico, al igual, de la aplicación de métodos de enseñanza que propicien habilidades de pensamiento crítico, fundamentales para el aprendizaje de la aplicación del PAE por parte de los estudiantes.

Así mismo, como herramienta metodológica del cuidado, el PAE, es un saber teórico que debe ser enseñado por todos los profesores en sus contenidos teóricos centrado en el metaparadigma, específicamente en el concepto de cuidado, propiciando la aplicación de cada una de las etapas de la valoración, la elaboración de los diagnósticos y las intervenciones específicas, según los estándares internacionales de enfermería, que favorezca en el estudiante una

base teórica de una práctica basada en la evidencia y un dominio científico para la práctica clínica.

En síntesis, en el “que enseña” el profesor, la enseñanza de los saberes teóricos, está centrada en el saber biomédico con un predominio de la enfermedad, y aunque algunos profesores realizan un acercamiento de la enseñanza desde los conceptos que hacen parte del metaparadigma de enfermería, la adopción de su conceptualización dentro de los contenidos no es preponderante y no se constituye en el hilo conductor de la formación por todos los profesores que llevan a cabo su enseñanza en el aula.

La enseñanza del saber teórico centrada en el saber biomédico contribuye en la práctica a la pérdida de identidad profesional, a lo que Siles denomina como la falta de definición epistemológica y “la adopción de métodos que contradicen la esencia del objeto de la disciplina: los cuidados del ser humano en el intervalo salud enfermedad” (50).

El metaparadigma no fundamenta a plenitud la enseñanza del cuidado del saber teórico, este se pierde en la planeación del cuidado, debido a que se centra en la valoración de la enfermedad y en aliviar los síntomas derivados de ella, en la medida que los pilares que fundamentan la disciplina desde la conceptualización biomédica se hace más complejo en el estudiante la comprensión tanto de la razón de ser de la profesión y el campo de actuación en el cual se encuentra adscrita su formación durante su caminar universitario y que se constituye en el reflejo de su ejercicio profesional.

El proceso de atención de enfermería es un saber metodológico que presenta puntos de desencuentros para su enseñanza, que se reflejan en la comprensión por parte de los profesores de las diversas etapas contenidas en la fase de valoración para la elaboración del diagnóstico de enfermería, en el método utilizado para enseñar al estudiante e integrar la información concerniente al paciente desde un referente teórico disciplinar, y en la falta de concertación entre el grupo docente en aspectos relacionados con la estructuración del PAE en cada

uno de los contenidos, situación que genera en el estudiante desconcierto y confusión en el aprendizaje de este saber en el aula.

El uso del lenguaje estandarizado (LEE) en la ciencia de enfermería es un saber considerado dentro de la enseñanza de los saberes teóricos de forma fragmentada, situación afín con la falta de entendimiento por parte de todos los profesores en aspectos relacionados con las etapas del PAE que llevan a la elaboración del diagnóstico de enfermería, y con los resultados estandarizados de enfermería (NOC), situación que deja entrever que la interpretación del LEE sigue siendo restringido a pesar de que se conozcan públicamente los códigos que lo constituyen.

Se abre entonces un interrogante según los resultados de la investigación en este aspecto, ¿Es el lenguaje estandarizado de enfermería comprendido por las enfermeras y permite su adecuación de acuerdo a las realidades de los diferentes contextos?

Los hallazgos relacionados con el saber teórico mostraron desde los textos significativos de los participantes, la necesidad de fundamentar la enfermería con el estudio de su génesis y de los componentes ontológicos y epistemológicos que han ido favoreciendo su desarrollo como disciplina. Es también fundamental ubicar el contexto del ejercicio profesional y de la formación profesional, los retos que demanda, el paradigma en el que está inscrita la disciplina, porque es el que determina el horizonte del cuidado, las relaciones con las personas sujeto de cuidado, las relaciones con la sociedad y la forma como los profesores enseñan y como los estudiantes aprenden desde una tradición positiva o una tradición crítica, o a través del diálogo de ambas.

En este sentido, el “que se enseña”, implica conocimiento sobre las bases disciplinares y epistemológicas de la profesión y del proceso salud, enfermedad y muerte, que llevaría a la selección de contenidos y prácticas que tengan pertinencia social, disciplinar, profesional y académica, en un contexto social y en una sociedad del conocimiento que demanda avanzar en la reflexión sobre los objetos de estudio y de transformación de las disciplinas de cara a los desarrollos científicos, técnicos, sociales y humanos (79). Es entonces, una invitación a revisar desde la formación “el para qué” se forman los estudiantes y futuros profesionales de enfermería.

6.1.1.2 “Para que enseña” el saber teórico

Al hacer referencia a los objetivos de la enseñanza de los saberes teóricos relacionados con el cuidado de enfermería, los profesores describen que enseñan para facilitar la adquisición de competencias por parte de los estudiantes.

En ese sentido, definieron las competencias de enfermería, como la capacidad del estudiante para desempeñarse en un contexto determinado, aplicar el conocimiento cuando requiera resolver una situación, así mismo, estas se logran cuando el estudiante cumple una serie de requisitos, los cuales son definidos previamente para que el profesor cumpla con el propósito de formación: *“Las competencias son capacitar al estudiante para que el sea capaz de desempeñarse en un contexto x, que sea capaz de aplicar ese conocimiento, para que pueda aplicar en ese contexto, (...) que sea competente para que ese conocimiento le sirva para resolver una situación, para actuar en un contexto determinado” GF1-P4.*

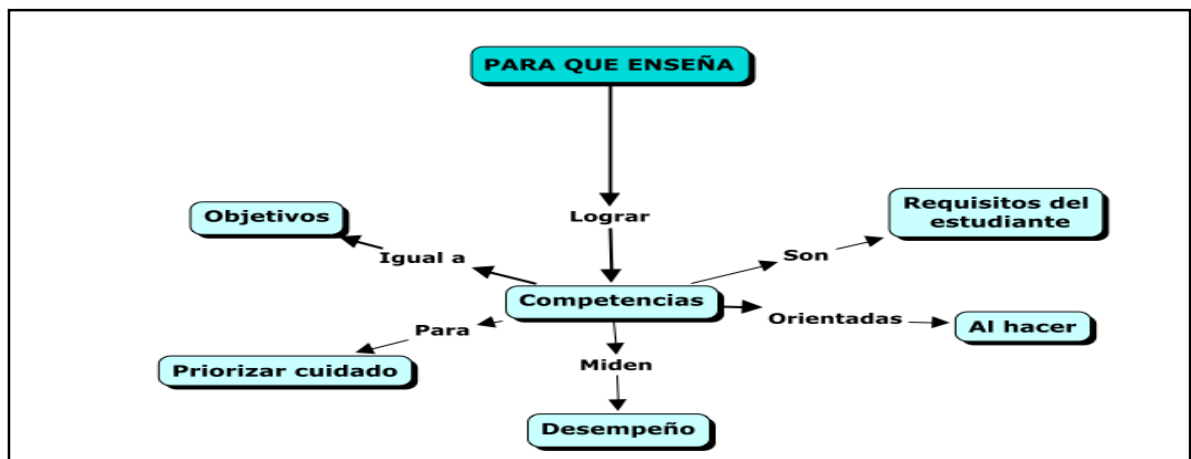


Figura 9. Para que son enseñados los saberes teóricos. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la practica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Así mismo, uno de los participantes manifestó que para la elección de las competencias del microcurrículo, los profesores se han reunido en varias oportunidades para redactarlas teniendo en cuenta el mejor verbo que identifique la competencia general del curso, definiendo que debe estar orientada a crear algo, proceso que se lleva a cabo mediante la taxonomía de Bloom: *“Nosotros nos*

hemos reunido varias veces con el microcurrículo, para tratar de redactar cuando sea el mejor verbo que identifique la competencia general de nuestro microcurrículo, hemos llegado la conclusión de que tiene que ser algo que ayude a crear utilizamos la taxonomía de Bloom para eso" E2-P2.

En este sentido, algunos de los participantes manifestaron que los objetivos son las mismas competencias de aprendizaje, otros expresaron que es lo que se quiere lograr a través de la competencia, además, que la manera de lograrlos es por medio de las guías de trabajo independiente, en las cuales se describe el objetivo o la meta de formación, a su vez, en la clase el profesor fija un objetivo a partir de lo que él piensa que el estudiante debe hacer y que conocimiento debe tener al terminar la clase o el ciclo de formación: *"En los objetivos, lo que entendí, es que son como las competencias de aprendizaje, yo pienso que cuando estamos pensando en competencias, los objetivos sería lo mismo que las competencias" GF1-P4.*

De igual manera expresaron, que cuando se enseña el saber teórico, el objetivo del profesor es que el estudiante introyecte la parte teórica de un tema específico, es decir, la competencia que el profesor quiere afianzar en el estudiante, brindando las herramientas para cuando él se enfrente a una situación determinada.

Al hablar de la conceptualización de las competencias de enfermería, se encuentran diversas perspectivas alrededor del tema, a partir de los trabajos realizados por diferentes autores o asociaciones que legislan las directrices de una profesión en particular, por lo tanto, en el ámbito de la disciplina de enfermería, es primordial su comprensión desde el marco definido por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (80), quien hace explícito el interés de sentar la discusión desde El Código deontológico de enfermería como la base de las competencias, considerado fundamental para la práctica de la disciplina dondequiera y con quienquiera que se practique.

En ese sentido, el Código deontológico (15), define para las enfermeras cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, sobre los cuales se fundamentan las acciones de la enfermera en cualquier campo de acción, en primer lugar, desde su ejercicio, en segundo lugar, como enfermeras gestoras, en tercer lugar, como docentes e investigadoras y por último, en las asociaciones nacionales de enfermeras; teniendo en cuenta los cuatro elementos que constituyen el marco de las normas de conducta para la profesión: la enfermera y las personas, la enfermera y la

práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo, contexto que eleva la comprensión de las competencias a un nivel no centrado solo en los resultados de aprendizaje por parte del estudiante.

En el análisis, se evidenció que para la enseñanza de los saberes teóricos, los profesores determinan las competencias del microcurrículo, las cuales son consideradas como los aspectos que le permiten al estudiante desempeñarse en un contexto específico. Sin embargo, existe una falta de claridad por parte de los profesores en cuanto a su conceptualización, en la medida que son definidas igual que los objetivos de formación del curso.

Así mismo, existe una orientación de las competencias hacia el hacer por parte de los estudiantes, aspecto que si bien es importante en la práctica, no es el fundamento del ejercicio disciplinar en cualquier ámbito donde se lleve a cabo el ejercicio de la profesión.

Ahora bien, es importante puntualizar que el hacer del profesional de enfermería en el ámbito clínico, está fundado en las intervenciones de cuidado que responden a las necesidades del paciente no solo a la enfermedad y al tratamiento, sino a aquellas situaciones que se derivan de la experiencia que tiene la persona sujeto de cuidado frente a la pérdida de la salud, el afrontamiento a la hospitalización, y a la incapacidad de realizar actividades que hacen parte de la rutina en su vida cotidiana, a lo que Mejía (81) refiere en “Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad”, que el cuidado de enfermería le permite a los pacientes satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia, la autoestima y socialización.

Aunque el hacer del profesional de enfermería implica la realización de procedimientos técnicos en un momento determinado, para lo cual, se requieren de los conocimientos en áreas biológicas, su actuación clínica no solo está encaminada a la ejecución de actividades procedimentales y operativas durante el tiempo que permanece en hospitalización. Su que hacer, desde las bases disciplinares de la enfermería, demanda enfocar su mirada en las necesidades reales de los pacientes y la familia.

Si bien la complejidad del sistema actual de salud y la manera como está organizada la gestión clínica en los hospitales favorece en gran medida que el rol

de la enfermera se concentre en actividades administrativas del servicio, desde la enseñanza de los saberes teóricos, sus objetivos deben promover en el pensamiento del estudiante de enfermería el ejercicio de una práctica bifocal, es decir, que integre intervenciones de cuidado centradas en el paciente y en la participación interdisciplinaria del equipo de salud.

Otro hallazgo evidenció la poca claridad por parte de algunos profesores participantes, en los aspectos estructurales del microcurrículo, relacionados con las competencias, el modelo pedagógico y los métodos utilizados para la enseñanza. Existe una intencionalidad en definir las competencias en términos de capacidades que logran los estudiantes y que determinan su desempeño en contexto, basado en la priorización del cuidado, no obstante, prevalece la conceptualización orientada en el “hacer”.

Es importante para el análisis, considerar lo expresado en el documento preparado en el año 2011 por la enfermera Ospina, presidenta de ACOFAEN (82), quien al respecto señaló que la competencia es un concepto polisémico, con múltiples significaciones, que requiere de rigor conceptual para su construcción, y que no puede limitarse solo a las capacidades porque estas hacen parte de la competencia. La competencia no es una actitud, una aptitud, una capacidad, una destreza, una habilidad, en ella se combinan todos estos procesos.

Una de las definiciones que integran las habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales es la expresada por Casellas, citado por Ospina:

“Las competencias son procesos complejos que las personas ponen en acción – actuación – creación para resolver problemas y realizar actividades (de la vida cotidiana y del contexto laboral – profesional), aportando a la construcción y transformación de la realidad. Para lo cual integran el saber ser (auto motivación, iniciativa y trabajo colaborativo con otros), el saber conocer (observar, explicar, comprender, analizar) y el saber hacer (desempeño basado en procedimientos y estrategias), teniendo en cuenta los requerimientos específicos del entorno, las necesidades personales y los procesos de incertidumbre, con autonomía intelectual, conciencia crítica, creatividad y espíritu de reto, asumiendo las consecuencias de los actos y buscando el bienestar humano” (82)

Esta mirada de la competencia, aplicada a la disciplina de enfermería, exige no solo la aplicación instrumental del conocimiento, “el hacer”, sino la comprensión de

los saberes relacionados con “el hacer” que hacen parte una situación clínica, según lo plantea Benner P. (1), exige la reflexión acerca de una situación y la toma de decisiones por medio de la aplicación del juicio clínico, horizonte que implica alinear las competencias con la didáctica utilizada para la enseñanza de los saberes teóricos en el aula.

Además, centrar los saberes teóricos en competencias orientadas al hacer operativo, difiere de la mirada de Fawcett, que plantea las acciones de enfermería como un proceso sistemático de valoración, rotulación o diagnóstico, planeación, intervención y evaluación” (41), que tienen implícito procesos reflexivos centrados en las necesidades del paciente y que demandan un contacto directo con el paciente hospitalizado.

En ese sentido, referirse a las competencias profesionales y disciplinares para brindar el cuidado, implica la inclusión de saberes relacionados con la práctica de enfermería, que integran el desarrollo de habilidades cognitivas que favorezcan la explicación, el análisis, la interpretación y la argumentación para la toma de decisiones, y la intervención en los procesos de cuidado. El saber, el hacer y el ser deben estar en estrecha relación para el desarrollo y avance de la disciplina en interacción con otros saberes para una construcción integral de su objeto de estudio.

Desde los participantes, las competencias del saber teórico tienen un predominio en “el saber para hacer”, que si bien es importante, deben sustentarse con los saberes disciplinares que son propios de la profesión y que marcan una impronta académica, social y humana en la práctica del cuidado.

El que se enseña y para que se enseña. Una relación necesaria.

La relación de lo que enseña el profesor y para que enseña, tiene que ver con elementos fundamentales como el desarrollo epistemológico de la disciplina, el paradigma en el cual enfermería está inscrita y con la centralidad del saber biomédico, aspectos que no muestran convergencia en su desarrollo, debido a la falta de claridad en su enseñanza durante la teoría, situación que no permite vislumbrar el horizonte de enfermería, su práctica en la sociedad y las relaciones que esta conlleva con los sujetos de cuidado.

La tensión entre la enseñanza de los saberes centrados en el modelo biomédico o desde el modelo disciplinar propio, está dada en la debilidad del desarrollo epistemológico de enfermería, en la comprensión que tienen docentes y estudiantes de los presupuestos básicos de la ciencia y en particular, priorizando entonces los contenidos propios de otras disciplinas.

En síntesis, aunque se enseñan en los saberes teóricos las herramientas para brindar el cuidado, las teorías y paradigmas que lo orientan como instrumentos del quehacer práctico, no existe una relación clara entre el que se enseña y para que se enseña, por la falta de claridad epistemológica de la disciplina, sobre la cual se debe fundar la enseñanza de la profesión, en donde se debe estimular el pensamiento crítico y reflexivo para dotar de sentido la relación entre lo que se enseña y para que se enseña.

6.1.1.3 “Como enseña” el profesor el saber teórico

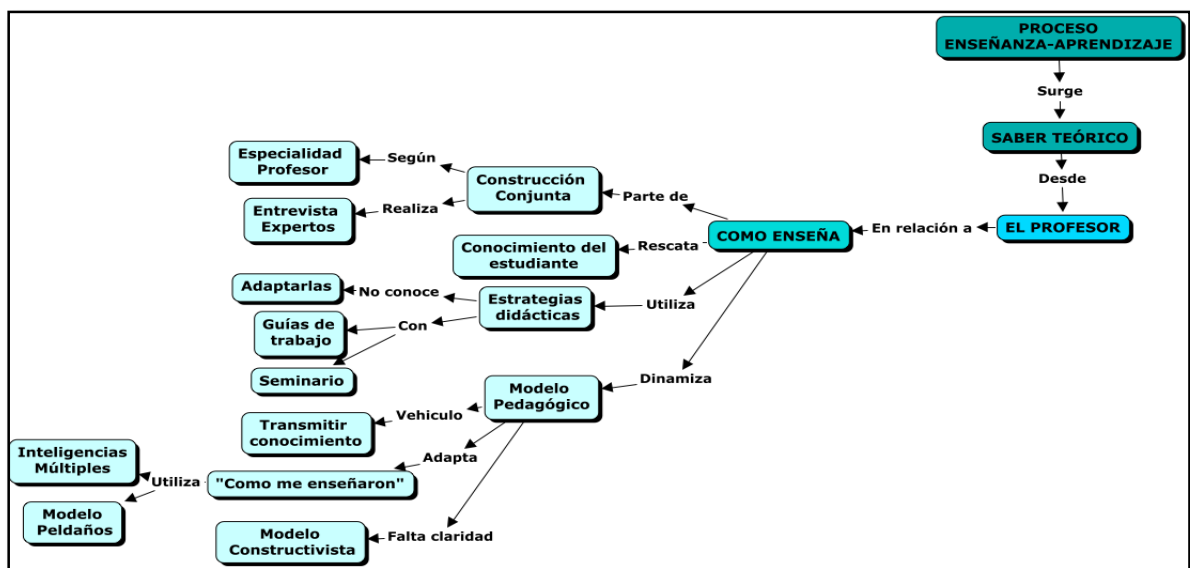


Figura 10. Como enseña el profesor el saber teórico. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En lo referente a los contenidos del curso, un profesor participante expresó que ha sido una construcción en conjunto con todos los profesores, quienes en principio dieron una idea general del curso y proyectan los contenidos posibles para ser incluidos, además, otros participantes manifestaron que antes de hacer la preparación de las clases teóricas se reúnen con el profesor que coordina el microcurrículo para conocer los objetivos, los temas previos que están relacionados con los temas que un profesor va a enseñar, por el contrario en ocasiones no los seleccionan, debido a que son organizados por el coordinador dependiendo de la especialidad de cada profesor o su profundización en un área específica, como lo expresa el texto significativo:

“Cuando estaba preparando las clases teóricas, antes pues me reuní pues con el coordinador, para ver cuáles eran los objetivos, por lo general uno en las clases teóricas, uno siempre se va a encontrar temas previos que van a ir relacionados con los temas que uno va a dar” E10-P1.

De igual modo, expresaron que en ocasiones realizan entrevistas a personas que tienen suficiente experiencia en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica, consultan en algunos libros, y tienen en cuenta la ayuda incondicional de los docentes de práctica, debido a que son quienes en primera instancia observan los eventos que tienen relevancia y significado de lo que se enseña en el aula: *“Y de allí en adelante lo que hemos tratado es, uno entrevistar a personas que tienen suficiente experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes [con enfermedad crónica]” E2-P2.*

Con relación a la programación del semestre, un participante manifestó que los profesores hacen un abordaje de todo lo que se va a enseñar, para ubicar el Silabus en el campus virtual, a la vez que se brinda al estudiante una programación específica, la cual se va actualizando debido a que algunos profesores presentan dificultades en la medida que pasa el semestre:

"Al principio del semestre nosotros hacemos un abordaje de todo lo que vamos a mirar y se le coloca el silabus en el campus virtual, , aparte de eso se da una programación específica, y esa programación con una semana de anticipación se va actualizando, porque haya algunos profesores que no pueden en esta época" E2-P2.

En cuanto al desarrollo de las clases, algunos participantes expresaron que los profesores tratan de observar los conocimientos previos del estudiante al principio de la clase, para no perder el tiempo repitiendo lo que él ya sabe, lo que se realiza

mediante una lluvia de ideas para identificar la claridad que el estudiante tiene en cuanto a los saberes propios del área de anatomía y fisiología, a partir de estas ideas se realiza la clase desde lo básico hasta llegar al tema completo. Algunos profesores expresaron que hacen énfasis en los exámenes de laboratorio del tema explicado o que utilizan el taller de caso, como lo describe en el siguiente texto:

“Entonces como haciendo una lluvia de ideas al principio, revisamos la anatomía y la fisiología, si lo tienen claro, entonces lo pasamos de largo y ya partiendo de esas ideas pues ya se trae una una clases desde lo básico hasta pues lo del tema completo” E10-P1.

En lo referido a las estrategias didácticas, la mayoría de los participantes expresaron que no han utilizado muchas estrategias didácticas, entre ellas predomina el seminario alemán, además, revelaron que deben aprender a utilizar adaptar las estrategias de enseñanza. Del mismo modo, manifestaron que cuando utilizan el seminario se obtienen buenos resultados, en este, el profesor hace una guía de un tema específico, colocando unos puntos centrales que el estudiante tiene que socializar en clase en forma de seminario ante el auditorio. En la medida que el estudiante aborda el tema, se hacen algunas precisiones y se aplica a la experiencia: *“No he utilizado muchas estrategias didácticas, y de hecho se que debo de aprender a utilizarlas, hay metodologías que me gustan y conozco muchas, pero realmente adaptarlas, nunca lo hecho, la que mejor me da resultado es la del seminario” E2-P2.*

Durante la enseñanza de los saberes teóricos, los participantes plantearon que los profesores deberían utilizar en cada clase una ayuda o una estrategia diferente de enseñanza, porque cada estudiante es individual, es particular y es una realidad diferente. Es preciso entregar al estudiante una programación desde que comienza el semestre, que contenga los temas que se van a abordar, con cada metodología, de esta forma el estudiante se puede preparar y puede ser diferente la manera de recibir el conocimiento: *“De hecho pienso que nosotros debiéramos utilizar cada grado de conocimiento, cada clase debe tener una ayuda o una estrategia diferente de enseñanza, porque cada uno es individual, es particular, es una realidad diferente” E2-P2.*

Para iniciar el análisis de “como enseña” los saberes teóricos relacionados con el cuidado de enfermería, se parte de la definición a cerca del currículo, este es

definido por Sacristán (83) como una herramienta de regulación de las prácticas pedagógicas, instrumento esencial para hablar, discutir y contrastar nuestras visiones sobre lo que creemos que es la realidad educativa, de igual manera, el autor afirma que en él se contiene lo que pretende el profesor que aprenda el estudiante, “en qué deseamos que se convierta y mejore” (83).

Desde esta perspectiva y en contraste con los hallazgos de la investigación, se evidenció como esta construcción curricular en el programa de enfermería, corresponde en principio a una estructuración conjunta entre los profesores sobre los temas susceptibles de ser incluidos como parte de los saberes teóricos, y que permite según lo plantea Medina (84), plasmar los intereses y preocupaciones de profesores y profesionales de enfermería en el plan de estudio.

Aunque, los hallazgos señalaron que en la elección de los saberes teóricos, juega un papel importante la especialidad del profesor en un campo determinado, tanto en formación como en experiencia, predominó la poca preparación de los profesores participantes en aspectos relacionados con la docencia, métodos de enseñanza y evaluación, situación que según Medina, lleva a que “las enfermeras que se dedican a la formación, enseñen antes como enfermeras que como educadoras” (85), Así mismo, afirma el autor, este tipo de formación se encuentra cimentada más por las vivencias, esquemas de significado y experiencias prácticas vividas por estos profesores como enfermeros, que por consideraciones de tipo pedagógico/didáctico.

En ese sentido, se resalta la importancia del conocimiento del profesorado en aspectos curriculares y de la docencia, que propendan por diseñar el currículo de manera que dé respuesta a las necesidades sociales, a las exigencias del sector salud y las demandas humanas de formación del estudiante, por lo cual, este se constituye en la carta de navegación que orienta los objetivos, los contenidos, los métodos de enseñanza y la evaluación

Si bien es significativa, la experiencia práctica en el profesor de enfermería que permita ampliar la comprensión del contexto de las situaciones de cuidado, los profesores universitarios dentro de su práctica docente deben no solo tener conocimiento de los saberes que hacen parte de la materia, al respecto, Jarauta y Medina manifiestan en “Saberes docentes y enseñanza universitaria”, que “deben también estar en posesión de un conjunto de habilidades específicas que les permitan adaptar su conocimiento especializado a la práctica docente” (86), y así

mismo, utilizar estos saberes para “identificar y solventar cualquier imprevisto o problema emergente de la actividad de la enseñanza” (86), situación que exige por parte del profesor formación en aspectos relacionados con la docencia y la didáctica para hacer de su práctica en el aula un ejercicio orientado a propiciar la generación o fortalecimiento de las competencias propuestas en el microcurrículo.

En ese sentido, Shulman (87), psicólogo investigador, profesor emérito de la Universidad de Stanford en la escuela de educación, a partir de sus estudios relacionados con la enseñanza de profesores en áreas como ciencias, matemática y medicina, afirma que los profesores deben tener un conocimiento base para la enseñanza, no solo de los contenidos propios a su campo del saber, sino aquel conocimiento que el autor denomina el “*Conocimiento Didáctico del Contenido (CDC)*”, Jarauta y Medina consideran al respecto, que este se constituye en “la amalgama entre el conocimiento de la disciplina y el conocimiento pedagógico-didáctico” (86), y que es el punto donde se presenta mayor complejidad en la enseñanza del profesor universitario.

No obstante, es importante resaltar que el docente universitario no carece en su totalidad de un conocimiento básico para el ejercicio de la enseñanza en el aula, como lo expresan los autores, Jarauta y Medina (86) enfatizando al respecto que los profesores en principio tienen un aprendizaje vicario o por observación de los profesores más experimentados en la docencia, situación precedida cuando el profesor no tiene ninguna opción de participar en un sistema organizado de formación pedagógica inicial, resaltando la importancia de la mentoría o acompañamiento al profesor por profesores más experimentados cuando inicia su labor docente.

Otro hallazgo relacionado con el “como enseña” el profesor el saber teórico en el aula, fue la poca variedad en el uso de metodologías didácticas para llevar a cabo la enseñanza, y aunque se evidenciaron intentos por reconocer el saber del estudiante al iniciar la clase a partir de la indagación de los conocimientos previos que este trae, existen debilidades relacionadas con el desconocimiento de las estrategias docentes que les permita socializar de forma didáctica los saberes teóricos que hacen parte del currículo, según las necesidades individuales de cada estudiante, lo cual puede derivarse a la falta de formación en aspectos relacionados con la docencia, debido a que solo uno de los cuatro profesores

participantes al momento de la investigación, contaba con formación en el área de educación.

Esta falta de formación profesoral no solo lleva a la adopción de métodos de enseñanza vicarios, es decir, a partir de lo que el profesor observa en los otros o de la experiencia vivida, sino que genera vacíos al momento de la enseñanza de los saberes teóricos, debido a que solo la preparación en un área de conocimiento no es suficiente para identificar factores determinantes del aprendizaje, entre ellos, como aprende cada estudiante, como propiciar el acceso a la información, como organizar los contenidos de manera que se favorezca en el estudiante de enfermería los procesos de pensamiento para generar competencias clínicas, fundamentales para la elaboración de juicios clínicos y la toma de decisiones a favor del paciente, la familia y el equipo de salud.

Se resalta en los hallazgos, la importancia que los profesores dan a validar el conocimiento previo en el estudiante, lo cual, es fundamental en el proceso enseñanza aprendizaje debido a que permite realizar un diagnóstico de la profundidad del tema y orientar aspectos específicos en cuanto a las metodologías que puede implementar el profesor para favorecer un aprendizaje significativo. El estudiante “no es una tabla rasa” (88), expresa Philippe Perrenoud en “Diez nuevas competencias para enseñar”, trabajar en el aula desde las representaciones de los alumnos, los conduce a establecer relaciones entre el conocimiento que trae y la nueva experiencia, y en el caso del estudiante de enfermería puede facilitar la familiarización con situaciones clínicas que demandan intervenciones de cuidado.

En contraste con lo expuesto, Jarauta y Medina (86) sustentan que la calidad del profesor en las aulas requiere mucho más que el dominio de los contenidos de su área de especialización, su ejercicio profesoral necesita de otros saberes, pedagógicos, curriculares, contextuales, proposicionales y prácticos, además resaltan la habilidad de manipularlos, transformarlos y conectarlos para dar una respuesta adecuada a cada situación de aula.

En ese orden de ideas, es una responsabilidad del profesor de enfermería, abogar por su formación en aspectos que promuevan el mejoramiento de las prácticas pedagógicas, y que propicien en los estudiantes la comprensión de los saberes disciplinares en contexto desde su enseñanza en el aula. No es suficiente la

socialización de los contenidos por parte del profesor, para favorecer las habilidades cognitivas en el estudiante de enfermería, juega un papel importante la manera como estos saberes son enseñados, en la medida que propicien el análisis, la reflexión, el pensamiento crítico, que serán la base para la comprensión de las situaciones clínicas durante la práctica y que exigen del estudiante su aplicación para identificar las respuestas del paciente hospitalizado frente a la pérdida de la salud, el afrontamiento de su estancia en el hospital y el aislamiento social que esta experiencia causa.

En lo concerniente al modelo pedagógico, algunos de los participantes expresaron que es la forma, la metodología o el vehículo para transmitir el conocimiento de forma correcta, teniendo en cuenta la individualidad de cada estudiante, además relataron que es una guía, en la cual se fundamenta el profesor para adaptar el proceso enseñanza aprendizaje: *“Un modelo pedagógico es la forma, o la metodología, cierto, que se puede utilizar para que... o el vehículo para que ese conocimiento se pueda transmitir en la forma correcta, y que cada uno lo reciba en su forma correcta, por la individualidad de cada uno, eso es lo que yo creo que es un modelo pedagógico” E2-P2.*

Así mismo, revelaron que el modelo pedagógico tiene un fundamento filosófico, es decir, una razón de ser que es llevada a la práctica de la enseñanza y que es lo que tiene que tener el profesor para enseñar, de igual manera expresaron que existen diversos modelos y el profesor utiliza el que se adapte o el que se maneje de mejor forma en el contexto en el que se encuentra, como lo describe el texto significativo: *“Es aquella guía, aquel modelo que se basa, o en el que uno se fundamenta para adaptar el proceso enseñanza aprendizaje, al menos eso es lo que yo tengo entendido, entonces ese modelo, o existen diversos modelos, diferentes modelos y nosotros utilizamos el que se adapte o el que se maneje de mejor forma en el contexto en el que estemos nosotros” E7-P3.*

Algunos de los participantes expresaron que no tiene claridad sobre que es un modelo pedagógico, no obstante lo definen como una forma utilizada por el profesor para enseñar, afirmaron que hay varios tipos de teorías que hablan de la enseñanza, por tanto tratan de utilizar alguno de ellos, como las inteligencias múltiples, el constructivismo, la teoría de los peldaños, bajo los cuales le fue enseñado al profesor:

“Realmente en la práctica del modelo no tengo mucha claridad al respecto (---), y no conozco, pero lo poco que he conocido es que hay varios tipos de modelos y varios tipos sobre todo de teoristas que hablan de la parte de la enseñanza, entonces pues trato de utilizar como alguno de ellos (...) o como me enseñaron a mi” E2-P2.

De igual forma manifestaron que desconocen si el modelo utilizado en la universidad es un modelo pedagógico, el constructivista, es decir, como hace el profesor para que el estudiante construya desde los conocimientos básicos que trae, lo cual es fundamental, para construir el conocimiento en el modelo constructivista:

“Bueno utilizamos el de (---), yo no sé si ese es un modelo pedagógico, el que se usa aquí en la universidad, el de cómo se llama, ahorita se me escapa, constructivista, o sea ¿Cómo hago yo? Que el estudiante vaya construyendo, por eso te he hablado mucho de los conocimientos básicos, de lo básico que el trae, porque eso es fundamental, al menos en ese modelo el construir el conocimiento” E7-P3.

En lo que respecta al modelo de las inteligencias múltiples, expresaron que hay muchas maneras de llegar al conocimiento, donde cada uno lo hace de acuerdo a su manera y ritmo de aprendizaje, así mismo, en lo relacionado con el modelo de los peldaños, relataron que es un modelo con el cual les fue enseñado en la universidad, y en el cual le daban al profesor la oportunidad de materializar un producto al final de cada clase o de cada grupo de materias, como lo relatan la voz de los participantes: *“Hay muchas maneras de que es conocimiento pueda llegar y por eso es que hay sale la parte de las inteligencias múltiples, cada uno lo hace a su forma de aprendizaje, y a su ritmo de aprendizaje también” E2-P2.*

Para abordar el análisis alrededor del modelo pedagógico, es importante comprender en principio lo que se entiende por modelo, el profesor investigador Flórez Ochoa (52), al respecto declara, que son construcciones mentales que representan tanto un conjunto de relaciones como la definición de un fenómeno para favorecer su entendimiento, y que constituyen la actividad esencial del pensamiento humano. En el ámbito educativo estas representaciones se cimentan en los modelos pedagógicos, definidos por el autor (52), como representaciones de formas particulares de interrelación entre parámetros pedagógicos, es decir, las

peculiaridades que definen las relaciones existentes entre las metas de aprendizaje, los contenidos del aprendizaje, los métodos, los procedimientos docentes y las relaciones entre profesor y alumno.

Es importante puntualizar, que el modelo pedagógico acogido por un programa universitario, debe estar en concordancia con el modelo pedagógico institucional, quien no solo traza la ruta para la construcción de los saberes, sino que determina las dinámicas, las formas de relación, los recursos y la forma de interactuar de estudiantes y profesores alrededor del proceso de enseñanza aprendizaje en una institución.

En ese orden de ideas, los hallazgos evidenciaron que aunque los profesores identificaron el modelo pedagógico como un vehículo para transmitir el conocimiento de forma correcta al estudiante y para adaptar el proceso enseñanza aprendizaje, no hay claridad a cerca de los elementos que lo constituyen y de su significado esencial en este proceso.

Además, existe un punto de divergencia relacionado con la falta de concertación por parte de los profesores en cuanto al modelo pedagógico a adoptar para la enseñanza de los saberes teóricos, lo cual representa dificultades en las estrategias didácticas que se derivan de estos, aspectos que son esenciales para favorecer en el estudiante la construcción conjunta de los conocimientos básicos en el aula.

En contraste con los resultados, se resalta la importancia del conocimiento en aspectos pedagógicos por parte de los profesores para propiciar el aprendizaje durante la práctica docente. Estudios al respecto, muestran como el ejercicio docente se convierte en una práctica compleja cuando la formación disciplinar no es la pedagógica, y el choque que se presenta cuando el profesor frente al aula observa que los esquemas con que fue formado ya no tienen cabida en un mundo universitario cada vez más cambiante (89).

Además, si bien es declarado en el documento “Modelo Pedagógico de la Corporación Universitaria Adventista” (90), que la institución “no se circunscribe a un determinado enfoque pedagógico, sino que considera las diferentes teorías de la pedagogía que se han desarrollado a través de la historia y han hecho aportes valiosos para la consolidación de la pedagogía como disciplina científica”, para

llevar a cabo la enseñanza en el programa de enfermería, se adopta la perspectiva pedagógica constructivista, en consecuencia, la enseñanza de los saberes teóricos debe ser encauzada bajo los principios pedagógicos derivados del modelo elegido.

Flórez Ochoa (39), describe en este modelo cuatro corrientes pedagógicas, de las cuales para el análisis de los resultados se describen dos: la primera, establece como meta educativa el acceso que cada individuo tiene de manera progresiva y secuencial a la etapa superior de su conocimiento intelectual, de acuerdo con las necesidades y condiciones particulares. La segunda corriente concede importancia a los contenidos en la enseñanza y el aprendizaje, la cual privilegia los conceptos y estructuras básicas de las ciencias, considerándolas como un material de alta complejidad que brinda al estudiante mejores oportunidades para “desatar su capacidad intelectual y enseñarles como a un aprendiz de científico”, corriente conocida como aprendizaje por descubrimiento.

Bajo esta mirada, Flórez Ochoa sustenta que el estudiante realiza su aprendizaje a medida que experimenta y consulta la bibliografía disponible, analiza la información nueva con la lógica del método científico de cada disciplina y deduce sus nuevos conocimientos.

Ahora bien, en el modelo pedagógico constructivista toma importancia el papel protagónico del estudiante, no solo en la participación activa en las actividades académicas planteadas para el desarrollo de la clase, sino en la responsabilidad que adquiere en la preparación previa de los saberes, sin embargo, es fundamental puntualizar que este modelo, exige un rol más participativo por parte del profesor, en la medida que propicie el análisis de los contenidos investigados por los estudiantes para favorecer la adaptación de estos bajo los referentes disciplinares de la enfermería como profesión, teniendo en cuenta los instrumentos utilizados y adoptados en el programa para la enseñanza de la planeación del cuidado, como es el proceso de atención de enfermería (PAE), de esta manera el profesor puede favorecer el conocimiento en el estudiante, contribuyendo a su formación profesional.

Además, en la actualidad las dinámicas sociales, la manera como se llevan a cabo la implementación de estrategias de trabajo en las instituciones, demandan de la

participación activa de los profesionales de enfermería en los grupos interdisciplinarios, así mismo, exigen en sus intervenciones, un nivel de proactividad, análisis de las situaciones y toma de decisiones. Por lo tanto, es fundamental propender por el desarrollo de estas competencias desde su formación en el aula.

En resumen, para la enseñanza de los saberes teóricos, es importante tener en cuenta la formación y la experiencia del profesor en su área disciplinar como la formación pedagógica, que le permita dinamizar los métodos de enseñanza que utiliza en relación con los contenidos a enseñar y las formas en que va a propiciar que el estudiante se relacione con el conocimiento y sus pares y profesores en el proceso de aprendizaje del saber propuesto.

En síntesis, en la construcción del microcurrículo se vislumbra una intencionalidad de integrar la participación de los profesores que hacen parte del curso, no obstante, esta se encuentra sujeta al nivel de formación o a la experiencia del profesor en un área determinada, que no siempre está en concordancia con su formación en aspectos relacionados con los modelos pedagógicos, la pedagogía y la didáctica, lo que genera que en la enseñanza del saber teórico, no haya un predominio del uso de metodologías didácticas que propicien el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico como la observación, el análisis, la toma de decisiones y la resolución de problemas, que son fundamentales en la práctica clínica y en la formación del perfil profesional de enfermería.

La enseñanza de los saberes teóricos en el aula parte del reconocimiento de los saberes previos del estudiante por parte del profesor, acción que se constituye en una experiencia que fortalece los derechos de participación y propicia en el estudiante la expresión de su pensar acerca del tema estudiado.

Los resultados de la investigación evidenciaron la limitada formación de los profesores de enfermería en los aspectos epistémicos de la educación, que propicie en ellos una mayor comprensión de los elementos que estructuran la enseñanza de los saberes teóricos en aula, los cuales incluyen el conocimiento del modelo pedagógico como eje sobre el cual giran los métodos de enseñanza, las

interacciones entre estudiante-profesor y de ambos actores con el saber específico objeto de conocimiento.

Por lo tanto, es fundamental comprender la perspectiva filosófica educativa desde la cual se asienta el pensamiento del profesor y que se constituye en los pilares sobre los que afirma su metodología y su accionar en el ejercicio docente con los estudiantes, con sus pares y con el conocimiento de la disciplina que enseña.

El “como enseña”, tiene implícito el conocimiento sobre las bases disciplinares de la enfermería y de la docencia como profesión, que le permite al profesor la enseñanza de los saberes desde una perspectiva estructurada, encaminada a dar respuesta a los requerimientos de formación del estudiante, a las necesidades del medio, en concordancia al perfil profesional, por tanto es importante analizar desde el proceso enseñanza aprendizaje “como evalúa” los saberes teóricos el profesor, durante la formación de los profesionales de enfermería.

6.1.1.4 Como se evalúa el saber teórico: un reto para profesores y estudiantes

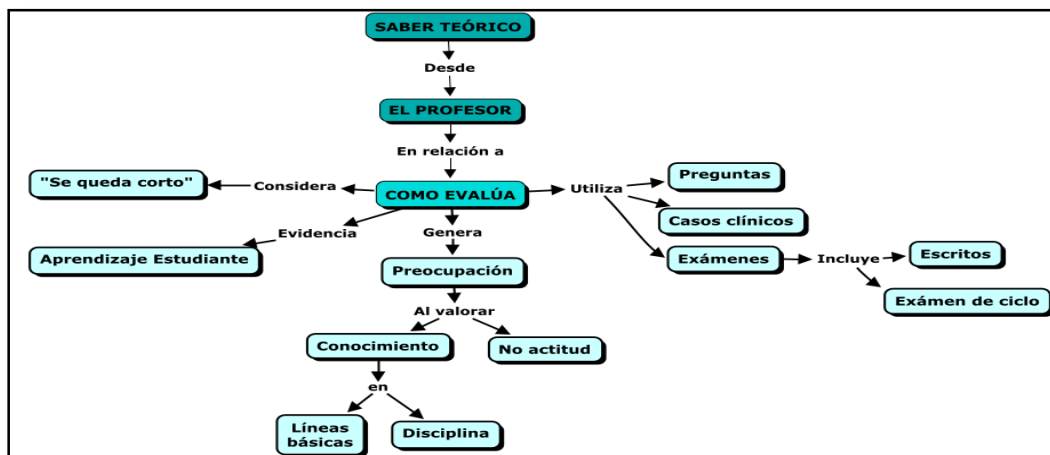


Figura 11. Como evalúa el profesor el saber teórico. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En lo concerniente a la evaluación de los saberes, un participante manifestó que es un proceso que evidencia lo que el estudiante ha aprendido, aunque representa un asunto complicado, debido a que en el estudiante en ocasiones prevalece la relación que establece con el profesor, así lo describe el siguiente texto significativo:

“La evaluación es un proceso que permite darnos cuenta o da evidencia de lo que el estudiante ha aprendido... es una forma de mirar como el estudiante se está formando, [este proceso] a veces se ha quedado corto, porque hay muchos estudiantes que le dan prioridad a la relación que ellos tienen con el profesor” E2-P2.

Agregó de igual manera, que es un proceso que evidencia con que seguridad el estudiante va a enfrentarse a una realidad que es compleja, porque es entregarle la vida de una persona a un estudiante, por tanto el profesor necesita que él tenga el máximo grado de competencia y que se sienta con seguridad y con la motivación de que sino supo un concepto en un momento dado, lo pueda ir a buscar:

“Es un proceso también que evidencia, con qué seguridad el estudiante va a enfrentarse a una realidad que es compleja, que es muy difícil, porque es entregarle la vida de una persona a un estudiante y por eso nosotros necesitamos que él tenga el máximo grado de competencia o que se sienta con la plena seguridad también, con la misma motivación de que sino supo el concepto en ese momento lo pueda ir a buscar” E2-P2.

En cuanto a la evaluación de los saberes teóricos, un participante expresó que es algo que le produce preocupación, porque el profesor no puede evaluar solo el grado de conocimiento en el estudiante, sino que debe tener en cuenta el hacer y la parte actitudinal, lo cual es muy difícil de realizar, debido a que durante la teoría es muy complejo colocar al estudiante en ciertas situaciones que lo permita:

“Bueno yo tengo una preocupación, uno no puede evaluar simplemente un grado de conocimiento, ¿No? Y sino tenemos que tratar de evaluar el hacer y también la parte actitudinal del estudiante, en eso es, eso es muy difícil hacerlo, es muy complejo hacerlo, uno está dando la teoría aquí y trata de colocar al estudiante en situaciones, pero es muy complejo” E2-P2.

En cuanto a los saberes que se evaluaron durante la teoría, algunos participantes manifestaron que valoraron la claridad del conocimiento, por medio de preguntas durante la realización de los casos clínicos, al igual que se evaluaron conceptos que son fundamentales y que hacen parte de la disciplina y de las línea básicas, con los principios de las materias fundamentales como anatomía, fisiología y biología, agregó además que en la clase se hicieron preguntas relacionadas con lo que él realmente quiere enseñar y al finalizar hace un examen:

“Hay unas cosas que son fundamentos, todo lo que tiene que ver con parte de las línea básicas, uno lo que tienen que ver con la disciplina, dos lo que tiene que ver con los principios fundamentales como anatomía, las materia básicas, fisiología, biología, esas materias fundamentales, yo voy reforzando en toda la clase pues las preguntas que quiero o lo que quiero realmente enseñar, voy preguntándolo en la clase, y al final hago el examen (...)” E2-P2.

Otra forma de evaluar el saber teórico, según lo expresado por los participantes, es el examen de ciclo, experiencia teórico practica que permitió evaluar por medio de casos clínicos los contenidos de las clases dadas, en la parte teórica los estudiantes respondieron una serie de preguntas relacionadas con un caso de un paciente específico, y la parte práctica consistió en realizar un procedimiento del mismo paciente del caso evaluado:

“En el examen de ciclo vuelven y se evalúan las mismas clases que yo les doy, porque los casos clínicos que yo doy son de las mismas clases que yo les doy, eso es teórico practico, entonces la parte teórica la hacen es respondiendo una serie de preguntas de un caso con un paciente específico, y la parte práctica de ese mismo paciente realizar un procedimiento sobre ese caso” E7-P3.

Al realizar el análisis a cerca de la evaluación en esta investigación, se aborda el desarrollo teórico que al respecto ha llevado cabo el profesor investigador Flórez Ochoa (39) en su libro “Evaluación, pedagogía y cognición”, quien presenta este componente del proceso de enseñanza –aprendizaje, como un proceso que hace parte de la “conciencia reflexiva” del ser humano, y que permite brindar atención crítica a lo que se hace o se piensa como tema de reflexión, para indagar en que se está, como se está, como van las actividades y como se podría continuar adelante, constituyendo según el autor, la conciencia explicita sobre lo que se

sabe, a lo que denomina metaconciencia, donde “cada acto de conciencia intencional y reflexiva sobre algún conocimiento es llamado metacognición” (39).

Conceptualización que tiene implícito el conocimiento y el aprendizaje como procesos cognitivos, perspectiva que se encuentra en concordancia con lo planteado en la corriente pedagógica constructivista del aprendizaje por descubrimiento.

Así mismo, el autor (39) afirma, que el proceso evaluativo esta adosado al plan del profesor, a las actividades propuestas, la forma de desarrollarlas, la perspectiva y orientación pedagógica, el programa y el propósito institucional, teniendo implícito la evaluación comprensiva y total del aprendizaje, que exige la evaluación del currículo, la enseñanza y del profesor, es decir, en palabras de Flórez: “no es cuestión de evaluar lo que hacen los alumnos, sino lo que la escuela hace con ellos” (39).

Dentro de este contexto, los hallazgos de la investigación evidenciaron que aunque los profesores consideran la evaluación como un proceso que les muestra el aprendizaje del estudiante y su formación, el proceso evaluativo de los saberes teóricos “se ha quedado corto” debido a la falta de comprensión de este proceso por los estudiantes.

Ahora bien, si la evaluación es considerada como un resultado del actuar docente no solo dentro del aula sino alrededor de las prácticas que giran en torno a la planeación de la enseñanza, se resalta según los hallazgos, la importancia de socializar con los estudiantes de manera clara y concreta como se llevara a cabo este proceso en relación con los saberes teóricos, así mismo, de precisar los objetivos que se pretenden lograr al llevar a cabo la evaluación durante las clases teóricas.

De tal modo, conviene destacar que la evaluación desde la perspectiva constructivista, actúa como un motor propulsor para que el estudiante no solo reconozca de manera consiente su experiencia personal con los contenidos en el aula, sino los aspectos que considera debe modificar o reconsiderar para convertir la información recibida en conocimiento.

Sin embargo, según los hallazgos de la investigación, se encontró una discrepancia en este aspecto, debido a que a pesar de que en la forma de evaluar se utilizaron métodos que propiciaban la aplicación del conocimiento como son los exámenes escritos y el examen de ciclo, aún persiste por parte de los profesores la creencia a cerca de que la evaluación del saber teórico no permite valorar aspectos relacionados con el hacer, ni puntualizar habilidades cognitivas de pensamiento crítico que son primordiales para la práctica clínica del estudiante.

En conclusión, en “como evalúa” el profesor los saberes teóricos, existe un reconocimiento por parte de los profesores participantes en cuanto a la evaluación como parte del proceso enseñanza aprendizaje, como una herramienta que valida los conocimientos aprendidos por el estudiante y el logro de las competencias requeridas para cuidar en el momento que le es entregada la vida de una persona, con la responsabilidad que esta situación suscita para el profesor.

En segunda instancia, los hallazgos de la investigación confirmaron que aún persiste en los profesores la creencia que la evaluación de los saberes teóricos no permite evaluar habilidades relacionadas con “el hacer”, aspecto que pone en evidencia la falta de claridad de apreciar en la evaluación un instrumento valioso para validar el desarrollo de facultades relacionadas con el pensamiento crítico, fundamental para propiciar en el estudiante habilidades de observación, indagación e inferencia, esenciales para la elaboración de juicios clínicos durante la práctica y que apuntalan hacia su perfil como profesional de enfermería.

El proceso enseñanza aprendizaje tiene implícito una serie acciones que inician desde la planeación de lo que va ser enseñado, como los métodos y la forma en que los saberes van a ser evaluados. Esta planeación en el actuar docente debe empezar por la identificación de la forma cómo van a ser evaluados los saberes de los contenidos que van a ser enseñados.

De este modo, la evaluación contribuye a orientar al profesor sobre la forma como están aprendiendo los estudiantes, siempre y cuando sea una evaluación que realmente el conocimiento. Situación que demanda por parte del profesor el planteamiento de una evaluación alineada con los saberes y con las habilidades

cognitivas del estudiante, favoreciendo en él, la valoración de su proceso de aprendizaje, y en el profesor de la enseñanza que está llevando a cabo.

El que enseña el profesor, para que enseña, como enseña y cómo evalúa: Un encuentro necesario

La relación entre lo que enseña el profesor, para que enseña, como enseña y cómo evalúa el saber teórico, tiene que ver en primera instancia, con aspectos que hacen parte de la comprensión de la génesis del conocimiento de la profesión, del cuidado, y de la manera como se lleva a cabo la enseñanza durante el desarrollo de las clases teóricas en el aula antes de que el estudiante inicie la experiencia de aprendizaje en la práctica clínica.

Los resultados de la investigación evidenciaron que existen discrepancias relacionadas con el “que enseña” y el “como enseña”, en cuanto al predominio en los saberes teóricos, de la enfermedad y de los signos y síntomas derivados de esta, aspecto que dista de las bases disciplinares que fundamentan la enfermería como profesión autónoma, fundada en las respuestas del ser humano frente a la salud o la enfermedad y en las necesidades que surgen de su interacción con el entorno.

Así mismo, se evidenciaron discrepancias en la forma como son enseñados estos saberes al estudiante, de manera puntual en el proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta para brindar el cuidado. Aunque este fue considerado primordial para la planeación de las intervenciones de enfermería y para la fundamentación de una práctica autónoma derivada de las respuestas humanas frente a la pérdida de la salud, en “como enseña”, se abre una brecha en la manera como es llevada a cabo la enseñanza de este saber por parte de los profesores participantes, en la medida que falta comprensión en ellos, en aspectos relacionados con las etapas de la valoración, fundamentales para establecer los diagnósticos de enfermería.

A lo que se suma, en primer lugar, que en estos últimos la gran mayoría de las veces solo se llega hasta la elaboración de la etiqueta diagnóstica. En segundo lugar, el vacío existente para la enseñanza del cuidado, en el cual no hay un predominio por las intervenciones de enfermería estandarizadas (NIC) y por

último, a la falta de concertación en cuanto a la manera de enseñarse el PAE durante todas las clases por parte de todos los profesores y no como una responsabilidad llevada a cabo por un solo profesor.

Además, estimado el PAE como una herramienta que en su aplicación demanda observación, indagación, análisis, reflexión e inferencia por parte de las enfermeras, en su enseñanza, se deben promover las habilidades cognitivas para el pensamiento crítico, que favorezcan el ejercicio analítico por parte del estudiante y la valoración sistémica de una situación. Por consiguiente, el proceso formativo demanda por parte de los profesores encargados de la enseñanza de los saberes teóricos, el uso de estrategias didácticas que propendan por estimular el pensamiento crítico desde las bases de su formación, encaminado a obtener el perfil de futuros profesionales de enfermería.

Otra divergencia evidenciada en los hallazgos, está relacionada con “para que se enseña” y “como se enseña”, debido a que los profesores participantes manifestaron que se enseña para lograr las competencias, lo que implica que la manera como se enseña debe estar en consonancia con la forma de concebir la enseñanza, con las metas a alcanzar con el estudiante desde el aula y con los métodos utilizados por el profesor para dar a conocer los saberes.

No obstante, según los hallazgos, se evidenció que métodos utilizados como la realización de guías de trabajo y la exposición por parte de los estudiantes, están distantes de la generación o fortalecimiento de habilidades de pensamiento crítico requeridas, esenciales para la práctica profesional en cualquier escenario, aún mas, para la elaboración de juicios clínicos que son inherentes a la actuación de enfermería durante la práctica clínica. Así mismo, no hay concordancia entre “como se enseñan” los saberes teóricos y “como son evaluados”, evidenciado en los métodos utilizados por los profesores y su distanciamiento de las metas de aprendizaje en la evaluación.

Esto puede explicarse por el poco conocimiento que tienen los profesores participantes del modelo pedagógico adoptado por el programa, el constructivismo, que si bien sustenta un aprendizaje por descubrimiento por parte del estudiante, exige una participación activa del profesor, para crear un ambiente

de aprendizaje que favorezca las habilidades cognitivas y que lleve a la construcción del conocimiento de los saberes que hacen parte de la disciplina de enfermería, por consiguiente, el profesor debe tener conocimiento de los diversos métodos de enseñanza que puede utilizar para dar a conocer a los estudiantes los saberes teóricos y para promover en ellos dichas habilidades de pensamiento

En resumen, es fundamental fortalecer el conocimiento pedagógico por parte del profesor de enfermería universitario, siendo necesario centrar la mirada en la génesis del pensamiento filosófico tanto en la disciplina como en la educación en enfermería, pilares esenciales sobre los cuales cada profesor fundamenta su que hacer en el aula, y que de allí derivan la elección de los contenidos, su forma de enseñar, de evaluar y de interactuar con el estudiante, con sus pares y con el conocimiento mismo en el proceso de enseñanza aprendizaje de los saberes teóricos en el aula.

6.1.2 El encuentro de los estudiantes con el saber teórico

A continuación se presentan los hallazgos relacionados con la subcategoría “saber teórico del estudiante”, de la cual, surgen las dimensiones: que aprende, como aprende y con es evaluado durante el aprendizaje del cuidado en la teoría, antes del inicio de la práctica clínica. (Figura 12).

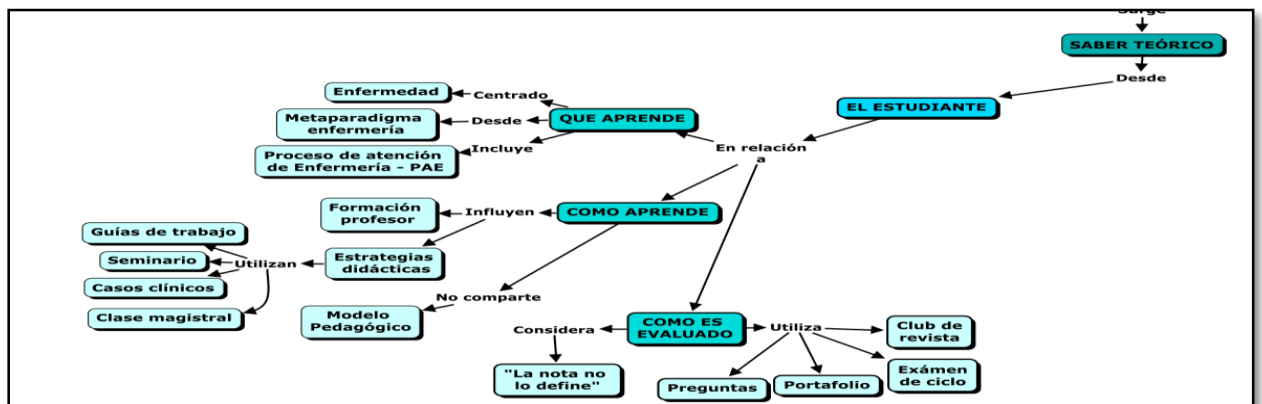


Figura 12. Saber teórico del estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

6.1.2.1 “Qué saberes aprende” el estudiante en el aula

En el encuentro del estudiante con el saber teórico, la mayoría de los participantes expresaron que las clases se inician con el proceso de envejecimiento, tanto del adulto sano, como del que no está sano, es decir, de acuerdo a los estilos de vida del adulto: *“Bueno las clases acá se inician con el proceso de envejecimiento, si se hablan los cambios que se tienen en cada órgano, a nivel de la piel, de la masa muscular, se habla pues de los cambios normales, se habla del envejecimiento que es sano, y un envejecimiento que no es sano de acuerdo de los estilos de vida de los adultos. Ese él como el tema con el que se inicia el microcurrículo” E3-ES1.*

Es común encontrar según los participantes, que la teoría se inicia con la enfermedad, desde el conocimiento de la fisiología normal y de la fisiopatología, como también la explicación de un evento a partir de ella, los signos y síntomas en el paciente y finalmente el tratamiento y los cuidados de enfermería. En cuanto al saber teórico referido a la enfermedad crónica, los estudiantes expresaron que primero se tiene que entender que es, porque se produce, y que le causa al paciente, para ponerse en su lugar y poder brindar el cuidado, como lo expresa el texto significativo:

“Bueno primero se tiene que entender que es el Parkinson, porque se produce, que hay deficiencias de neurotransmisores, en que parte del cerebro hay, saber cómo funciona normalmente y poder saber qué es lo que falla, para poder entender que le produce al paciente, y es como tratar de ponerse uno en el lugar del paciente para poder uno decir, bueno como vamos a cuidar este paciente” E3-ES1.

Otro de los saberes teóricos que hace parte del inicio de las clases, es el relacionado con el metaparadigma de enfermería, en el cual se aborda el proceso salud-enfermedad, los factores de riesgo, como también la fisiopatología y los signos y síntomas de la enfermedad. Desde enfermería se revisan los diagnósticos y las intervenciones que se pueden realizar dentro los estándares establecidos, así mismo, en la aplicación del proceso de enfermería, expresaron que consiste en realizar la valoración de los pacientes según la teoría de Virginia Henderson, para realizar los diagnósticos y las actividades de acuerdo a las necesidades insatisfechas, según lo describe el texto significativo:

“El metaparadigma es lo de la persona en el proceso de salud y enfermedad, en lo que influye, pues, la enfermedad, Se meten por ejemplo en la persona, ahí, es ir a los factores de riesgo de la enfermedad, el proceso salud enfermedad ahí uno explica todo lo que es la fisiopatología, signos y síntomas (...)” E1-ES9.

En lo concerniente a los diagnósticos de la NANDA, los estudiantes expresaron que son el propósito de la enfermería y establecen la diferencia entre el diagnóstico médico centrado en la patología, y el diagnóstico de enfermería, el cual indica el enfoque de la atención para mejorar el estado de salud del paciente. El enfoque de la atención de enfermería no va orientado únicamente hacia la enfermedad sino al mejoramiento del ser de la persona, que puede ser físico o psicológico basados en las necesidades alteradas según la teoría de Virginia Henderson, como lo describe la voz de los participantes:

“Diagnostico de la Nanda, o sea propósito de la enfermería, porque finalmente para eso estamos estudiando, un diagnostico médico finalmente es la patología, pero un diagnostico de enfermería ya nos indica en que nos vamos a enfocar nosotros y que vamos nosotros a hacer para mejorar ese estado del paciente” E1-ES9.

Además, para la elaboración de los diagnósticos de enfermería, los participantes manifestaron que el profesor explica una enfermedad, y enuncia los posibles diagnósticos y cuidados, sin embargo, no se elabora “el relacionado con”, no se enseña un PAE riguroso como lo hace “el profesor del PAE”, que es más minucioso, paso por paso y más tedioso. En la teoría, cuando ven algunas enfermedades, el profesor pregunta los diagnósticos que los estudiantes le darían a los pacientes, entre todos forman el proceso de enfermería. El rol del profesor en este aspecto es hacer claridad sobre el tema, como lo expresan en el texto significativo descrito a continuación:

“En la mayoría de veces el profesor explica una enfermedad, y dice estos son los posibles diagnósticos, estos son los cuidados y ya, pero pues en ningún momento que relacionado con...pero en ningún momento es así como un PAE así tan riguroso, pues como lo enseña la profesora del PAE, así como la diana, la puntuación esa no, es muy general” E9-ES11.

Según los hallazgos de la investigación, el aprendizaje en el estudiante de los saberes teóricos, en el microcurrículo de cuidado del adulto, se inicia con el conocimiento sobre el proceso de envejecimiento del ser humano, que le permite comprender tanto los cambios que sufre la persona en las diferentes etapas de la vida, como aquellos asociados a la enfermedad, teniendo como base los saberes relacionados con la fisiología y la fisiopatología, dando lugar a la identificación de los signos y síntomas en el paciente, el tratamiento, además de los cuidados de enfermería.

Al hacer referencia a los saberes teóricos requeridos para brindar el cuidado de enfermería al paciente con enfermedad crónica, es importante establecer la diferencia entre los cambios procedentes del proceso de envejecimiento, y aquellos que son consecuencia del surgimiento de la enfermedad en esta etapa vital, o en el caso de la enfermedad crónica, en cualquier etapa de la vida.

Al respecto, el psicólogo investigador Oblitas A. (91), refiere que el deterioro en el ser humano, es una desviación significativa de la disminución del estado de salud, en comparación con la media de un grupo poblacional, definido como anormal y asociado a las patologías biológicas, es decir, al surgimiento de la enfermedad en el individuo, sin embargo, en el caso de la enfermedad crónica, esta no se encuentra sujeta solo al deterioro causado por la edad, en ella son múltiples los factores que intervienen para su aparición, los cuales están en relación directa con los hábitos de vida de la persona.

Desde esta mirada, se resalta la importancia de promover en el estudiante el aprendizaje de los saberes teóricos, que explican tanto el deterioro normal asociado a la etapa de envejecimiento, como aquel que es el resultado de la exposición a factores de riesgo, en el caso de la enfermedad crónica.

En ese orden de ideas, el aprendizaje del estudiante relacionado con los cambios fisiológicos del ser humano se torna relevante, sin embargo, esta comprensión debe hacerse dentro del contexto del cuidado que engloba la visión del profesional de enfermería como su principal fin, según Durán Villalobos, el cuidado de la salud como la meta de la profesión, se brinda tanto a "individuos o grupos y familias, en

condiciones de bienestar, enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y el mantenimiento de la situación de salud” (92).

Fundamentar el aprendizaje desde esta perspectiva, es decir, desde la comprensión de la meta de la enfermería como profesión, implica centrar el conocimiento por parte del estudiante no solo desde la conceptualización de la enfermedad, sino desde la comprensión del cuidado, teniendo en cuenta como el ser humano responde a los cambios presentados ante los riesgos de perder la salud o frente el detrimento de la misma.

Sin embargo, según lo evidenciado en los hallazgos de la investigación desde la voz de los participantes, aunque se expresó una intencionalidad desde los estudiantes de aprender a brindar el cuidado a partir de “ponerse en el lugar del paciente”, hay un predominio del aprendizaje centrado en la enfermedad que inicia desde entender que es, porque se produce, y que le causa al paciente, situación que diverge de los planteamientos nucleares de la disciplina, que ubican el cuidado alrededor de las necesidades del ser humano, como objeto de estudio, la enfermería “no puede enseñarse o aprenderse sin hacer referencia a su estructura disciplinar” (92), y esto debe fundar sus raíces desde el aprendizaje en el aula.

Por lo tanto, es imperativo para el aprendizaje de los saberes teóricos, concebir el cuidado no desde la concepción biomédica, es decir, solo desde enfermedad, debido a que esta visión es limitada para brindar el cuidado a un paciente con pérdida de la salud, aún más en condición de cronicidad. Ya lo había plasmado Nightingale (93) en Notas sobre Enfermería casi ciento cincuenta años atrás, al referir que “la enfermera debe propender por ayudar al paciente en el proceso reparador que la naturaleza ha instituido, y que nosotros llamamos enfermedad” (93).

En ese sentido, casi un siglo después, Henderson (47) agrega, que el rol del profesional de enfermería debe centrarse en brindar los cuidados básicos, estableciendo las catorce necesidades básicas del paciente, sobre las cuales reposa su teoría de cuidados, y en la cual la enfermera debe ayudar a los

pacientes en las actividades relacionadas con estas necesidades o en su defecto darles conocimientos para que las puedan llevar a cabo sin ayuda.

Así mismo, al referir el aprendizaje del saber teórico relacionado con el metaparadigma de enfermería, los resultados de la investigación evidenciaron desde los participantes que es un saber teórico recurrente, en el caso del aprendizaje en los estudiantes, refleja una pretensión implícita de aprender el cuidado a partir del metaparadigma, no obstante, a pesar del intento de algunos profesores de incluir el desarrollo de los contenidos teóricos del proceso salud-enfermedad desde cada concepto metaparadigmático, no es evidente la forma de brindar el cuidado a partir de una fundamentación cimentada en valorar las respuestas humanas a las necesidades del individuo frente a la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento como lo plantea el código deontológico de la disciplina (15).

En este contexto Durán M., (92) refiere, que la patología enseña solo el daño y que no se debe confundir el conocimiento de la patología con el de las leyes de la salud, por lo tanto, para lograr la comprensión del cuidado desde el metaparadigma de enfermería, se debe trascender en la enseñanza de las ciencias biológicas, necesarias para entender el contexto en el que tantos individuos o colectivos están expuestos a la pérdida de la salud o en caso contrario a la promoción de la misma, para generar un aprendizaje centrado en el propósito de la enfermería, “promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de la enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano” (92).

De otro lado, al referir el análisis del aprendizaje del saber teórico relacionado con el proceso de atención de enfermería (PAE) como herramienta metodológica para el cuidado centrado en la persona, los resultados de la investigación evidenciaron que para los estudiantes participantes, los diagnósticos de la NANDA establecen tanto el propósito de la enfermería, como la diferencia entre el diagnóstico médico centrado en la patología, y el diagnóstico de enfermería, este último indica el enfoque de la atención para mejorar el estado de salud del paciente.

En ese sentido, para concebir el PAE como herramienta metodológica para el cuidado, toma relevancia comprender los propósitos definidos en él, orientados hacia las acciones de cuidado de las personas en situación de enfermedad, en el caso del paciente hospitalizado. Para su aplicación, se inicia con la valoración del estado del paciente y la elaboración de los diagnósticos de enfermería definidos para tal fin. Los diagnósticos, están relacionados con los problemas que afectan las dimensiones del ser humano, y que son identificados por el profesional de enfermería para realizar las intervenciones de enfermería necesarias para la recuperación de su salud.

La comunidad académica de enfermería en la Universidad Adventista, elige para la aplicación del proceso de atención de enfermería en todas sus fases, el modelo teórico de Virginia Henderson, porque posibilita la mirada de la persona desde sus necesidades básicas insatisfechas, propiciando un rol de la enfermera que según Kerouack, “reemplaza a la persona que no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados” (49).

Sin embargo, en los hallazgos de la investigación se encontraron incongruencias al hacer referencia al aprendizaje de estos saberes por parte de los estudiantes, debido a que no todos los profesores integran el PAE en sus contenidos, solo algunos dan a conocer su propia perspectiva y así lo aprenden los estudiantes, según la concepción diversa de los profesores, que si bien puede ser una riqueza en la apropiación de los conceptos, el horizonte del PAE como herramienta del cuidado queda sujeto a la concepción del profesor y a la estrategia empleada para su enseñanza.

Otro aspecto que se suma a situación, es el aprendizaje de los diagnósticos de enfermería a partir de la enseñanza solo hasta la etiqueta diagnóstica, debido a que la segunda parte del diagnóstico de enfermería, hace referencia a la identificación de los factores contribuyentes al problema identificado, según lo refiere Alfaro (50), siendo esenciales para las intervenciones de enfermería que propiciarán la recuperación del paciente.

Integración de la fe a la enseñanza

Otro aspecto de la formación profesional relacionado con los principios filosóficos de la Corporación Universitaria Adventista y en forma particular en el programa de enfermería, y que inciden en la dimensión del ser de los estudiantes, hace referencia según lo manifestado por los participantes a la oración que se realiza al inicio de la clase.

La oración se realiza con base al libro de matutinas, el cual es un compendio de reflexiones bíblicas y de las experiencias de personajes bíblicos que según la doctrina adventista, contribuye a la integración de la fe en la enseñanza y el aprendizaje y es uno de sus mayores desafíos. Una estudiante es encargada de la reflexión antes de la clase, como lo expresaron en el siguiente texto significativo: *“La clase inicia con la oración, con la matutina (...), son como (---), reflexiones como del día a día, y en este caso nos hacen reflexiones como referentes a la salud al cuidado” E9-ES11.*

Para analizar los hallazgos de la investigación relacionados con el cuidado espiritual en el paciente hospitalizado, se resalta, que la atención de enfermería en el ámbito clínico tiene implícito tanto los conocimientos disciplinares de los cuales emerge y se sustenta la profesión, como los fundamentos científicos procedentes de otras ciencias, que permiten llevar a cabo una práctica basada en el conocimiento.

No obstante, plantear acciones de cuidado centradas solo en las repuestas físicas frente a la enfermedad, marca en esencia una práctica de enfermería reduccionista sino se contempla en su que hacer, las otras dimensiones del ser humano, la psicológica, la social y la dimensión espiritual, las cuales tiene gran influencia en la manera en que las personas establecen interacciones consigo mismas, con los demás, con su entorno y con las situaciones de la vida.

Al respecto, la enfermera Sánchez Herrera (94), profesora de la Universidad Nacional investigadora en el tema de la espiritualidad en el cuidado, manifiesta que la espiritualidad siendo una dimensión trascendente, es un elemento privado y

personal que con frecuencia es experimentada por el ser humano de forma abstracta, es variable, se experimenta de forma diferente en diversos momentos, se puede expresar a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos, los juicios y la creatividad, incluye la relación de la persona con los aspectos no materiales de la vida y es un componente de la salud relacionado con la esencia de la vida. Perspectiva que no solo hace referencia a una dimensión humana del paciente sino de la enfermera como cuidadora.

Es importante resaltar, que según los resultados de la investigación se reveló un interés por profesores y estudiantes de propiciar las prácticas relacionadas con el fortalecimiento espiritual en el aula al inicio tanto de las clases, como de cualquier actividad que se lleva a cabo en la institución como parte del reconocimiento de Dios como guiador de su accionar en cada una de las actividades que se llevan a cabo en el día a día y que propicia según lo describe la escritora adventista Elena de White (95), el moldeamiento del carácter en el ser humano.

Situación que orienta en la formación de los estudiantes de enfermería hacia la identificación de las respuestas humanas en todas las dimensiones del ser, incluyendo aquellas que se constituyen como parte de su trascendencia espiritual, y que lo ayudan al afrontamiento de la enfermedad en un momento dado, en ese sentido, Virginia Henderson (47), teórica de enfermería expresa que la enfermera debe estar pendiente de aquello que le da una comodidad tanto física como espiritual al paciente, contemplando en el abanico de intervenciones de enfermería, los cuidados orientados a la dimensión espiritual.

Además, en consonancia con el objetivo misional de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC), que propende propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables (96), existe en la formación del profesional de enfermería un componente teórico institucional referido a la formación cristiana y la formación integral, dado el carácter confesional de la universidad que busca en la formación el reconocimiento de Dios como la realidad central que da sentido a todas las demás realidades” (97).

Contexto que constituye según los hallazgos de la investigación, como elementos centrales, la oración y a las reflexiones bíblicas contenidas en el libro de matutinas, como una práctica central al inicio de las clases, siendo fundamental el respeto por las creencias individuales de la comunidad académica pero en concordancia con la cultural organizacional de la UNAC.

Para finalizar, en el aprendizaje de los saberes teóricos, la comprensión del deterioro del ser humano con el fin de establecer intervenciones de cuidado, incluye los factores que son propios del envejecimiento como una etapa del ciclo vital y los aspectos relacionados con el deterioro causado por la presencia de la enfermedad en la persona, lo que se constituye en un reto para los profesionales de enfermería desde su formación, en la medida que incluyan en su que hacer acciones orientadas tanto a la atención del paciente con enfermedad crónica como a la prevención de la misma.

Por consiguiente, el aprendizaje en el estudiante debe estar enfocado no solo al conocimiento biológico que explica en qué consiste la enfermedad, como surge y sus manifestaciones en el individuo, sino estar centrado en principio a las respuestas que este genera ante el envejecimiento como una etapa normal del desarrollo humano, y en segunda estancia, a las repuestas ante los cambios presentados cuando se encuentra en condición de enfermo.

En resumen, en los saberes teóricos que aprende el estudiante en al aula, el proceso de atención de enfermería (PAE), es reconocido por parte de los estudiantes participantes como una herramienta metodológica para la planeación del cuidado, además, que contribuye a diferenciar las acciones y roles de la enfermera en relación con la profesión médica, determinando el enfoque de la atención por parte del profesional de enfermería durante el proceso de hospitalización, no obstante, se encontró una discrepancia en cuanto al aprendizaje de este saber, en cuanto a la aplicación de todas las etapas del PAE en todas las clases teóricas y por todos los profesores encargados de la enseñanza de la teoría.

Esta situación genera, que en el proceso enseñanza aprendizaje de este saber en el aula, solo se llegue hasta la elaboración de la etiqueta diagnóstica, lo que limita

la posibilidad de análisis en el estudiante en cuanto al análisis de las acciones planteadas, y en definir si están dirigidas a intervenir el factor problema, además, ocasiona una confusión debido a la falta de concertación entre los profesores en la manera como es enseñado el PAE durante la teoría, constituyendo una debilidad potencial para su aplicación durante las prácticas clínicas.

La inclusión de la espiritualidad dentro de los contenidos del programa como un eje que promueve el desarrollo trascendente del ser en el estudiante, hace parte de la formación integral por la cual propende la institución, a partir de implicar en la enseñanza las múltiples dimensiones del ser humano, física, social, psicológica y espiritual, propiciando espacios de disertación sobre las necesidades personales que puedan estar generando dificultades, tanto en el estudiante como en el profesor en un momento dado, y promover prácticas de salud mental que redundan en el bienestar de la educación de los estudiantes. Además que propicia la formación de habilidades relacionales, que permiten en el estudiante en formación, la comprensión del otro desde su visión trascendente, en el caso del paciente hospitalizado.

Centrar el aprendizaje del saber teórico en los estudiantes de enfermería desde los referentes disciplinares, tienen implícita la claridad de la meta o razón de ser de la profesión y de los conceptos definidos en el metaparadigma de enfermería, para lo cual se debe orientar la mirada hacia los contenidos curriculares y a la didáctica que fundamentan tanto la enseñanza como el aprendizaje de los saberes de la disciplina, proceso que es iniciado en las aulas, y que según lo descrito por Meleis (44), desde la época de Florence Nightingale, fueron reemplazados por el entrenamiento orientado hacia la enfermedad y dependencia de otras profesiones para poder existir.

Al respecto de la disciplina de enfermería, un aporte importante para la consolidación de sus saberes, han sido las discusiones sobre el objeto del conocimiento de enfermería, el cuidado, y de los objetos de transformación, que han permeado los currículos, sin embargo, no es ajeno a esta construcción la influencia de las corrientes de pensamiento filosófico que han fundamentado los diferentes momentos históricos, donde se han edificado las bases que sustentan los contenidos curriculares de los programas de enfermería.

Sin embargo, en el saber teórico está en estrecha relación con el cuidado centrado en la enfermedad, y aunque existe una intencionalidad de algunos profesores por llevar a cabo la enseñanza desde el metaparadigma de enfermería, en su accionar los contenidos giran en torno a los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento, por lo que durante el aprendizaje de estos saberes durante la teoría, no se observa el cuidado como eje de la disciplina de enfermería en esta etapa de la formación profesional.

Además, el aprendizaje del proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para brindar el cuidado, es un saber que no se lleva a cabo de manera correlacionada tanto con la teoría de enfermería de Virginia Henderson, que adopta el programa para la valoración de los pacientes, como con su inclusión en todos los contenidos enseñados por parte de todos los profesores encargados de la enseñanza de este saber.

Así mismo, hacer compatible la teoría del PAE con la teoría de Virginia Henderson, exige por parte de docentes y estudiantes conocimiento, análisis e interpretación de las acciones de cuidado desde esta perspectiva, que posibilite el diálogo entre estos dos saberes y la comprensión de la situación del paciente desde la necesidad básica insatisfecha. No es posible aplicar el PAE y el modelo teórico, sin la interpretación adecuada, porque sino se establece la relación entre ellos, ocasionaría una ruptura por una mirada simple del cuidado y no compleja, en donde se establezcan las relaciones de complementariedad necesarias para el ejercicio coherente y con sentido de esta práctica.

Por lo tanto, para ampliar el marco de comprensión del aprendizaje de los saberes durante la etapa de la teoría, es importante dar una mirada a como estos son aprendidos en esta fase de su formación, para lo cual se presenta a continuación los hallazgos relacionados con el “como aprende” el saber teórico el estudiante.

6.1.2.2 “Como aprende” el estudiante el saber teórico

En cuanto a la forma como el estudiante aprende los saberes teóricos, los participantes manifestaron que desde el inicio tienen el cronograma con los temas de clase, que les permite tanto consultar la planeación de los diferentes temas, con antelación a la clase para llegar ubicado al aula, además, no obstante, un estudiante expresó que aunque conocen el tema que corresponde a la clase, solo estudia cuando le toca exponer. En el método utilizado se distribuyen las exposiciones y cada uno organiza el tema, según lo describe el texto significativo:

*“Inicialmente nosotros tenemos el cronograma –si- entonces ya sabemos que temas nos van a dar, entonces el día antes o el momento antes de la clase claro que es mejor el día antes uno revisa sobre ese tema para no llegar muy perdidos de lo que me están hablando”
E4-ES6”.*

En el momento de la clase el profesor dice de que va a hablar y comienza haciendo preguntas, porque ya ha sugerido revisar el tema antes, basado en el entorno, la salud, la persona, el metaparadigma, en la epidemiología y en la fisiopatología. El aprendizaje se basa en entender la patología para que el estudiante pueda decir que hacer y cómo reaccionar frente a ella, de acuerdo a los síntomas y a las soluciones o tratamientos que le pueda brindar, como lo expresa el texto significativo:

*“Se basa mucho en entender la patología para ya nosotras decir que hacer frente a eso o cómo reaccionar o que síntomas tiene y que soluciones o pues que tratamientos se le puede brindar, nos preguntan cómo, ya usted entendiendo eso que pasaría, así son las clases”
E4-ES6.*

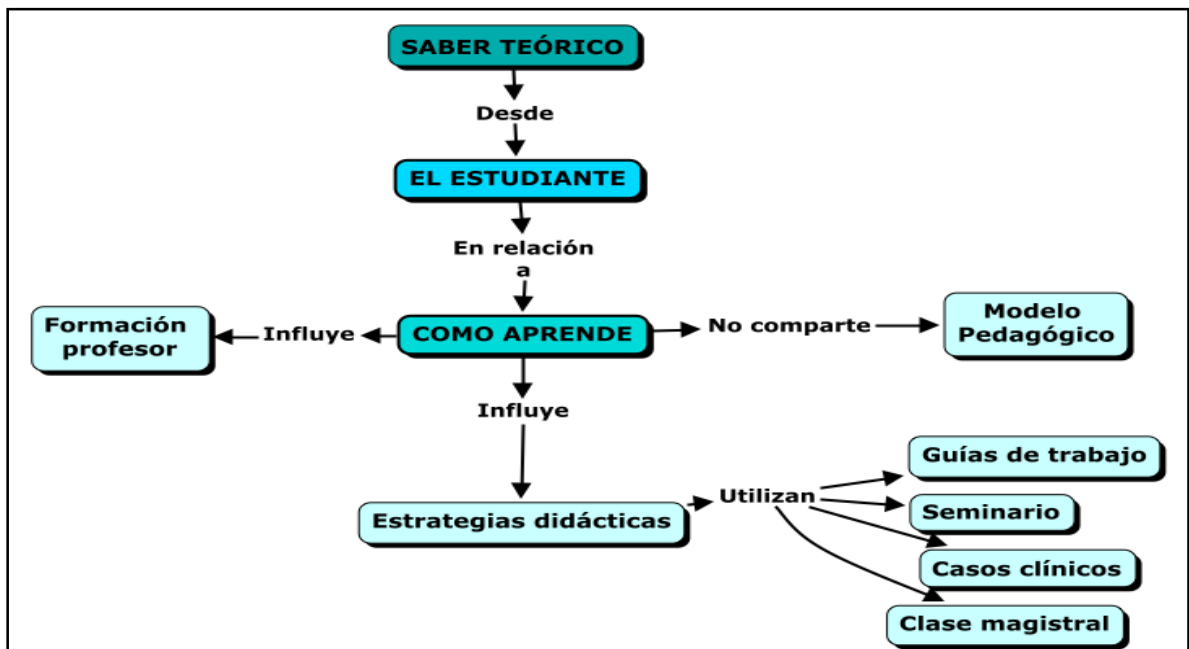


Figura 13. Como aprende el saber teórico el estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Para el aprendizaje de los saberes teóricos se tienen guías autónomas, que son talleres que preparan al estudiante para la clase. Durante la clase las respuestas dadas a las guías son analizadas, algunos docentes las socializan y complementan y otros no. A medida que van avanzando los semestres, las guías autónomas son mas de análisis, de interpretación, de entender lo que se está leyendo. En algunas ocasiones, estas no se montan con anterioridad en el campus virtual para ser desarrolladas previamente, dejando muchos vacíos:

“Pero las guías autónomas son como talleres, que te van a preparar para ver que vamos a aprender durante la clase, para que no llegue usted asustado; (...) las guías se analizaron antes, se hacía como un recuento de lo que se le había dado respuesta, varios de los docentes pues si socializan la guía para complementar, y otros no, no la socializan” E3-ESI.

Otras de las metodologías empleadas para el aprendizaje según los participantes, fueron los seminarios, definidos como exposiciones donde se divide el grupo, se le asigna un tema, cada grupo explica que es la enfermedad, la fisiopatología y sus características y el cuidado de enfermería. Una vez preparado el tema se presenta al grupo y se expone mediante ayudas audiovisuales. El profesor muchas veces cree que el estudiante entiende, pero este queda con vacíos, hay poco tiempo para temas extensos, como lo describe la voz de los participantes en el siguiente texto significativo: *“(...) Ellos creen que uno entiende, entonces muchas veces uno aquí presta atención y todo pero le toca irse para su casa a buscar en los libros, porque hay veces que quedan muchos vacíos; otra cosa hay muy poquito tiempo, como para unos temas tan extensos le dan muy poquito tiempo y no buscan la manera didáctica para uno aprender, para interiorizarlo mejor” E9-ES11.*

En las exposiciones, el profesor evalúa porque es el que tiene el conocimiento del tema a profundidad y ayuda complementar el PAE. Además, expresaron que aprenden por medio de casos clínicos que el profesor construye a partir de la patología y en ellos realizan el proceso de atención de enfermería.

En cuanto a la clase magistral, los participantes manifestaron que es una forma de aprender del estudiante, donde un profesor se para al frente de muchos estudiantes y brinda sus conocimientos, utiliza diapositivas que explican que es la enfermedad, los síntomas, el tratamiento. El estudiante no comparte la metodología constructivista, entiende que el profesor entrega el documento, el estudiante lo lee y luego hace un quiz. Al respecto, un estudiante expresó que por la forma como se emplea la metodología constructivista, el estudiante queda en stand by [modo de espera], mientras que en la clase magistral puede preguntar al profesor, quien brinda el conocimiento y explica, como lo describen la voz de los participantes en los textos significativos: *“Son clases magistrales, pues la diapositiva y el empieza a explicar que es la enfermedad, síntomas proceso patológico, tratamiento, ya el caso clínico, siempre es como así” E4-ES6.*

“(...) No voy mucho, la verdad no voy mucho con la metodología que utiliza la universidad, la respeto pero no la comparto, como es que se llama, la constructivista, no me gusta mucho esa, porque la entiendo como que el profesor llega da el documento de

diabetes, se lo leen, para mañana hay un quiz (...), quedo en stand by [modo de espera]” E5-ES7.

Algunos participantes manifestaron, que aprenden teniendo en cuanto la metodología empleada por el profesor, algunos traen documentos para el estudiante leer en clase y exponer; hay otros que simplemente hablan o piden que el estudiante explique, también se clarifican dudas a partir de los documentos. Además manifestaron que aprenden a partir de la simulación, con videos, o de forma gráfica por el recuerdo que les genera.

Por otro lado, un participante manifestó que una clase aburridora es aquella donde el profesor solamente lee las diapositivas y utiliza un mismo tono de voz, de igual manera, definió una clase didáctica como aquella donde el estudiante aplica y socializa el conocimiento, como lo describen en el siguiente texto significativo:

Una clase aburridora es que un profesor solamente le lea las diapositivas a uno, y eso hable y hable y de pronto utilice un mismo tono de voz, y lo tenga a uno a punto de la diapositiva y ya, puede empezar igual pero no le llega al estudiante porque se maneja la misma metodología [risa]” E8-ES10.

Finalmente, la mayoría de los participantes expresaron que la formación del profesor influye en el aprendizaje, en cuanto a estar formado en pedagogía del cuidado o “ser simplemente enfermero”, además, que influye en la forma de enseñar y en el tono de voz que emplean: *“Porque hay otras clases, por decir las de cerebro vasculares que vimos, el profesor o sea uno le entendía todo súper bien, o no sé si es que hay algunos que están formados por pedagogía de cuidado y tienen la pedagogía, y otros que son simple enfermeros y vienen a exponerle un tema (...) E9-ES11.*

En el análisis relacionado con la manera como el estudiante de enfermería aprende los saberes teóricos, se parte de la premisa planteada por Morín (98), a cerca del conocimiento en el ser humano, quien al respecto manifiesta que este no debe ser considerado como el espejo de las cosas o del mundo exterior, sino el resultado de las percepciones, que son a la vez, traducciones y reconstrucciones cerebrales, a partir de estímulos o signos captados y codificados por los sentidos; además, afirma que pueden ser dados innumerables errores de percepción que

llegan a la visión de la persona, sumando al error de percepción, el error intelectual.

En ese sentido, los hallazgos de la investigación revelaron en forma recurrente, el interés por entender la patología, como reaccionar frente a ella de acuerdo a los síntomas y que intervenciones puede realizar estudiante. A lo que se suma, que la forma como estos saberes son aprendidos, en ocasiones, dejan vacíos en los estudiantes debido a los métodos expositivos utilizados con poca posibilidad de análisis, a la falta de socialización de las guías de trabajo autónomo, o a que el estudiante solo estudia cuando le es asignada la exposición de un tema.

Situación que en concordancia con lo sustentado por Morín, hace que se forme en el estudiante un conocimiento acerca del cuidado de enfermería que diverge de sus bases epistemológicas fundamentada en las necesidades del ser humano y alejada de la manera como reacciona a las interacciones que este tiene con los diversos factores procedentes del entorno, lo cual, centra la enseñanza del cuidado de enfermería, desde una visión biologicista alejada de las respuestas humanas de la persona frente a la pérdida de la salud o al deterioro de la misma.

Además, en los hallazgos se planteó como los participantes resaltan la influencia de la metodología utilizada por el profesor con su formación en aspectos relacionados con la pedagogía, en el aprendizaje que tiene el estudiante, lo cual es percibido por este en la manera como el profesor se expresa o lleva a cabo las preguntas en clase.

Al respecto, investigaciones realizadas evidencian que la formación del profesor está vinculada con su enseñanza, Chacín y Briceño (99) en su trabajo “El profesor universitario y la integración de la didáctica en la enseñanza universitaria”, sustentan que este aspecto, le permite al profesor apropiación del conocimiento didáctico, expresado en actitudes, valores e ideales de la sociedad en que vive, y a través de los mecanismos mediante los cuales se autodesarrolla como persona, de igual manera, las autoras refieren en el mismo trabajo, que el saber didáctico

está vinculado además con el hacer del profesor. Ello se relaciona directamente con el paradigma de su formación, sea este cultural, humanista, técnico, social o investigativo.

Ahora bien, referir el aprendizaje desde los métodos que se derivan del modelo constructivista, Flórez Ochoa (39) resalta la importancia que toman los métodos utilizados por el profesor y la creación de ambientes de aprendizaje y experiencias de desarrollo que den pie a una enseñanza constructora de sentidos desde el estudiante, de forma contraria, investigaciones realizadas que buscan identificar como aprende el estudiante de enfermería en formación, señalan que los modelos basados en la acumulación de conocimientos ya no son representativos, por el contrario la educación en enfermería en la actualidad, exige modelos y metodologías que fundamenten en el estudiante una actitud permanente y activa de aprendizaje (100).

Al respecto, Ferrándiz F., Lozoya M., Baena, Guirao, S., Sanjuán, A. Peña Rodríguez, et. al. (100), profesores investigadores de dos universidades en Valencia (España), sustentan que las metodologías utilizadas por los profesores, deben favorecer la construcción del conocimiento y la adquisición de habilidades prácticas y actitudinales, en las que el estudiante de enfermería debe ser el principal protagonista.

En este contexto, los resultados de la investigación evidenciaron, según lo expresado por los participantes, una intencionalidad hacia el empleo de metodologías de enseñanza que propenden por la participación del estudiante en el aprendizaje de los saberes teóricos, situación que inicia desde el conocimiento del cronograma de clases, sin embargo, aún se conservan prácticas pedagógicas centradas en la unidireccionalidad, donde el profesor es el que enseña y el estudiante es el que aprende, propio de los modelos pedagógicos tradicionales.

Por lo tanto, se destaca la relevancia que tiene entonces la formación pedagógica del profesor universitario, constituyéndose como un reto para el ejercicio de la profesión docente en un mundo altamente cambiante, en ese sentido, Medina R.,

Domínguez M., y Ribeiro G. (101), agregan que el profesorado universitario ha estado centrado en realizar una docencia orientada al saber académico, la cual ha sido insuficiente para dar respuesta a los nuevos retos de la sociedad del conocimiento, las demandas de los empleos y los cambios exponenciales en los estilos y modos de desempeñar la vida laboral.

En síntesis, la formación y mejora de la docencia universitaria se considera un aspecto esencial, según lo refiere Jimenez (102), considerando al profesorado universitario, como el principal protagonista de las transformaciones de la cultura y de las practicas docentes en las universidades, por lo tanto, demanda de éstas según el autor, cuestionar los modelos de actualización y desarrollo profesional de los profesores, con miras a hacer frente a estos nuevos retos que el mundo actual con gran desarrollo tecnológico demanda, en medio de una ciencia que según lo describe Morín(98), cada vez más, fragmenta al ser humano, lo que exige en la formación de los profesionales de enfermería, el aprendizaje de un conocimiento contextualizado desde los saberes epistémicos de la disciplina, que favorezcan su aplicación en cualquier ámbito.

Si bien el aprendizaje de los saberes relacionados con la disciplina de enfermería, tiene implícito métodos didácticos encaminados a generar el conocimiento de áreas biológicas, como base para la comprensión de la pérdida de la salud en la persona, no son estos el eje medular del aprendizaje de la profesión.

En el proceso de enseñanza aprendizaje los saberes teóricos se constituyen en los pilares para el estudiante de enfermería en formación, debido no solo a la fundamentación teórica que propicia su actuar, sino de la manera como estos saberes se generan para transformarse en conocimiento significativo para el estudiante, en el cual afirma Tobón, “importa más el proceso de descubrimiento de conocimientos y habilidades y la adquisición de nuevas experiencias que el almacenamiento pasivo de grandes cantidades de información y teorías ya elaboradas” (103).

Ahora, el dominio conceptual es necesario para identificar las razones causales o explicativas a cerca de un fenómeno, esta premisa en el aprendizaje del

estudiante de enfermería, no traduce el cúmulo memorístico de un acervo de conceptos, y no es el aspecto que más favorezca el fortalecimiento de habilidades cognitivas relacionadas con el pensamiento crítico, las cuales son requeridas para el profesional de enfermería la enfermera en su ejercicio desde cualquier ámbito, teniendo en cuenta que en el mundo actual debe hacer frente a realidades que conjugan múltiples factores causales que llevan a la pérdida de la salud y que determinan la manera como la persona responde a esta situación, como es el caso del paciente con enfermedad crónica.

Este escenario, abre un espacio tanto a la reflexión como a la actuación de los profesores universitarios de enfermería, encaminado en primer lugar, a la identificación individual del paradigma educativo desde el cual comprende y ejerce la enseñanza, en segundo lugar, a la implementación de los métodos utilizados para la enseñanza de los saberes teóricos que propicien en el estudiante, el análisis en contexto de las situaciones clínicas, que se concretan en intervenciones de enfermería dirigidas al paciente y a la familia.

Esta mirada, exige tanto de profesores e instituciones universitarias abrir espacios de discusión, donde se plasmen el pensamiento de las enfermeras encargadas de la formación de los futuros profesionales de enfermería, con el fin de comprender los fundamentos pedagógicos y solo así poder generar consensos que lleven a la aplicación de una metodología de enseñanza acorde con las bases epistemológicas de la disciplina de enfermería y de la educación.

6.1.2.3 La evaluación del saber teórico: un reto para profesores y estudiantes

En lo que hace referencia a la evaluación de los saberes en la teoría, algunos participantes manifestaron que se lleva a cabo por medio preguntas acerca del tema explicado y a responder según los conocimientos que le brindaron, aunque le permite al estudiante medir los conocimientos que tiene, la asignación de la nota no lo define como bueno o mal estudiante: *“Para mí no sé, una evaluación en la teoría es que me hagan unas preguntas, pues una serie de preguntas sobre algo que ya me explicaron (...), responder según los conocimientos que ya me brindaron anteriormente y*

así yo medirme también, pienso que una nota no lo define a uno como bueno o mal estudiante, pero si le mide a uno los conocimientos E5-ES7.



Figura 14. Como es evaluado el saber teórico del estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En cuanto a los métodos utilizados para la evaluación de los saberes teóricos, algunos participantes expresaron que se efectúa por medio de seminarios, exposiciones y quices que son exámenes que los preparan para el parcial, este último, es una prueba que tiene asignado un valor y que significa para el estudiante enterarse si va mal o si va bien, como lo describe en el texto significativo: *“El parcial, yo digo que nos evalúan realizando esos seminarios, las exposiciones y pues también cuando uno realiza pues el parcial ahí están evaluando, porque igual ahí como tal es un 20% que le está diciendo si va mal o si va bien”* E9-ES11.

Otra manera como es evaluado el saber teórico en el estudiante, es el portafolio que deben hacer a cerca de las enfermedades que han estudiado durante el semestre, este tiene un porcentaje de calificación asignado y debe contener la patología, los signos y síntomas, los diagnósticos de enfermería que se le pueden aplicar, las intervenciones se pueden realizar y los avances científicos que han salido con respecto a la enfermedad, se suma además, el club de revista que consiste en hacer un resumen a cerca de un estudio en inglés y tener conocimiento acerca del tema, y aunque solo requiere entregarlos, el estudiante

considera que en su realización le ayuda a estudiar y le refuerza el inglés, como lo expresa la voz de los participantes:

“El portafolio es, tenemos que hacer las enfermedades que hemos visto, la patología, signos y síntomas, que diagnósticos de enfermería se le pueden aplicar, que intervenciones se le pueden realizar y que avances científicos han salido con respecto a la enfermedad, y son de todas las patologías que hemos visto durante el semestre, también pues tiene un porcentaje (...)E1-ES9.

Por último, un participante manifestó que los saberes teóricos se evalúan a través del examen de ciclo, el cual es una recopilación de los conocimientos aprendidos durante el semestre, por medio de un caso clínico que contiene parte teórica y otra práctica, valores de laboratorio, el proceso de atención de enfermería y procedimientos:

“El examen de ciclo es uno que recopila los conocimientos aprendidos durante el semestre, es un caso clínico, entonces en ese caso le pregunta a uno cosas que se supone que uno ya tiene el conocimiento sobre ellos, se responde, tiene de todo en general, tanto cuidado de enfermería, todo proceso de atención de enfermería, valores de laboratorio, procedimientos; tiene una parte teórica y la parte práctica” E3-ES1.

La evaluación es considerada como el principio de la planeación del proceso de enseñanza aprendizaje, pese a que en la actualidad muchos profesores universitarios la conciben separada a este proceso, algo sobre lo que se debe pensar una vez que el currículo ha sido diseñado y han finalizado los planes para su entrega, como lo afirman Brown y Glasner (104).

Referir la evaluación enfocada hacia la valoración del aprendizaje, requiere por parte de estudiante y profesor una serie de actividades planeadas desde el inicio de la enseñanza de los saberes teóricos, orientada hacia la aplicación de estos saberes durante la práctica clínica.

Según los hallazgos en la investigación, desde la voz de los participantes se evidenció en el proceso de enseñanza aprendizaje, la integración de métodos evaluativos como el club de revista y el examen de ciclo, lo cual resulta ser una fortaleza para el aprendizaje de los saberes teóricos en el estudiante, en la medida que desde su conceptualización favorecen el desarrollo de habilidades cognitivas relacionadas con la indagación, el análisis, la inferencia, la abstracción y la concreción, necesarias para la aplicación en contexto del cuidado de enfermería.

Situación que está en consonancia, con lo expuesto en investigaciones relacionadas con la evaluación, Martínez C. y Aparecida F. (105), refieren que la evaluación en los estudiantes de enfermería comprendida desde la perspectiva de la competencia, tiene implícito el abordaje dialógico que combina los atributos y las tareas, la teoría y la práctica, con orientación hacia problemas de situaciones reales, o simuladas de la práctica profesional, por medio de la observación y análisis sistematizado, la evaluación así comprendida, favorece en el estudiante de enfermería la aplicación del conocimiento orientado hacia un rol que propende más por la aplicación de habilidades de pensamiento crítico y la elaboración de juicios clínicos que por un rol procedimental centrado en la ejecución de tareas.

Además, aunque existe un predominio del uso de la evaluación sumativa para la valoración por el profesor de los saberes teóricos en los estudiantes, por medio de quices y exámenes antes de la realización del parcial, el uso de esta metodología da lugar, a que el estudiante identifique aspectos que son objeto de mejoramiento relacionados con los conocimientos que no logra interiorizar, permitiendo a los estudiantes la posibilidad de reconocer sus problemas y evitar errores en las evaluaciones próximas, afirman Brown y Glasner (104).

Sin embargo, se evidenciaron discordancias entre los métodos utilizados en el “como aprende” y el “como es evaluado” en el estudiante los saberes teóricos, debido a que desde los participantes en el “como aprenden” quedan vacíos en los estudiantes debido al predominio por el uso de los métodos expositivos utilizados con poca posibilidad de análisis, a la falta de socialización de las guías de trabajo autónomo o al estudio por parte del estudiante solo cuando le es asignado el tema de exposición, favoreciendo en la evaluación una falta de articulación y

consistencia en el momento de llevar a cabo la aplicación de los saberes en la evaluación teórica.

Por lo tanto, se propone desde los hallazgos de la investigación cimentar la evaluación de los saberes teóricos con métodos que incluyan el trabajo con estudios de casos en pacientes reales, y mediante la problematización, el desarrollo de talleres libres, donde la estudiante se plantee sus interrogantes en el contexto del cuidado, desde la promoción de salud hasta la enfermedad, como lo describen las enfermeras investigadoras Triviño, Z. y Stiepovich J. (106), para lo cual se requieren cambios metodológicos que impliquen un nivel de concordancia entre la manera como son enseñados estos saberes y los métodos utilizados para su evaluación en el aula.

En síntesis, para el aprendizaje del saber teórico se conjugan aspectos relacionados con los saberes que aprende el estudiante centrados en la enfermedad, y aunque se evidencia una intencionalidad por ser aprendidos desde los conceptos que sustentan el metaparadigma de enfermería, hay un fuerte predominio del saber biomédico que limita el planteamiento de intervenciones de enfermería, desde las necesidades del paciente a partir de las respuestas humanas frente a la pérdida de la salud, solo al diagnóstico y tratamiento médico.

Así mismo, la manera como son aprendidos los saberes teóricos por el estudiante de enfermería en el aula, tiene un predominio de métodos expositivos por medio del desarrollo de guías de trabajo autónomo, o de la magistralidad por parte del profesor, lo que no favorece el aprendizaje a partir del fortalecimiento de habilidades cognitivas de pensamiento crítico como son: el análisis, el establecimiento de relaciones conceptuales desde la inferencia, las cuales son esenciales, para una aplicación del conocimiento a partir de la contextualización del cuidado en las situaciones clínicas desde el aprendizaje en el aula.

Existen discrepancias entre los métodos utilizados para la enseñanza de los saberes teóricos y los métodos utilizados para la evaluación de los mismos, según lo expresado por los estudiantes participantes, debido en primera estancia a la falta de socialización de las guías de trabajo, que permiten abrir espacios durante

las clases teóricas para la reflexión acerca de lo desarrollado en las guías, en segundo lugar, a la falta de formación de los profesores en aspectos relacionados con la didáctica, por consiguiente, hay una preferencia por parte de los profesores por el uso de la clase magistral, lo que ocasiona que el estudiante solo estudie cuando le corresponde exponer.

En síntesis, se vislumbra en la educación de enfermería una problemática relacionada con la poca claridad por parte de los profesores y estudiantes de los pilares epistemológicos de la disciplina, la manera como son enseñados y la forma como son aprendidos por el estudiante durante la teoría. Por lo tanto, es necesario comprender como son llevados estos saberes a la práctica clínica y como son enseñados y aprendidos por estudiantes y profesores como principales protagonistas del proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica durante la práctica clínica.

6.1.3 ¿Es el saber práctico una preocupación de los profesores durante la formación?

La práctica es entendida según Henderson (47), no como el cúmulo de procedimientos realizados por la enfermera, sino como la aplicación concreta del propósito de la enfermería, el cuidado, a su vez, Benner P. (11), describe la práctica como un entorno complejo, variado e indeterminado, en el cual la enfermera ejerce su rol a partir de la aplicación de juicios clínicos, así mismo, define el conocimiento práctico de enfermería como el conocimiento tácito de la enfermera que solo surge con el tiempo a través de la experiencia clínica, por medio de la interpretación del mayor número de situaciones clínicas, y es fundamental para el avance de la práctica de enfermería y para su desarrollo como ciencia (1).

Concebir el conocimiento práctico desde esta perspectiva, permitió comprender el marco de referencia sobre el cual tanto profesores como estudiantes llevaron a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica. A continuación se presentan en primer lugar, los hallazgos relacionados con el saber

práctico del profesor, analizados a partir de: “qué enseña”, “cómo enseña” y “cómo evalúa”.

En segundo lugar, las dimensiones que hacen parte del saber práctico desde el estudiante: “qué aprende”, “cómo aprende”, “de quién aprende” y “cómo es evaluado”. (Figura 15).

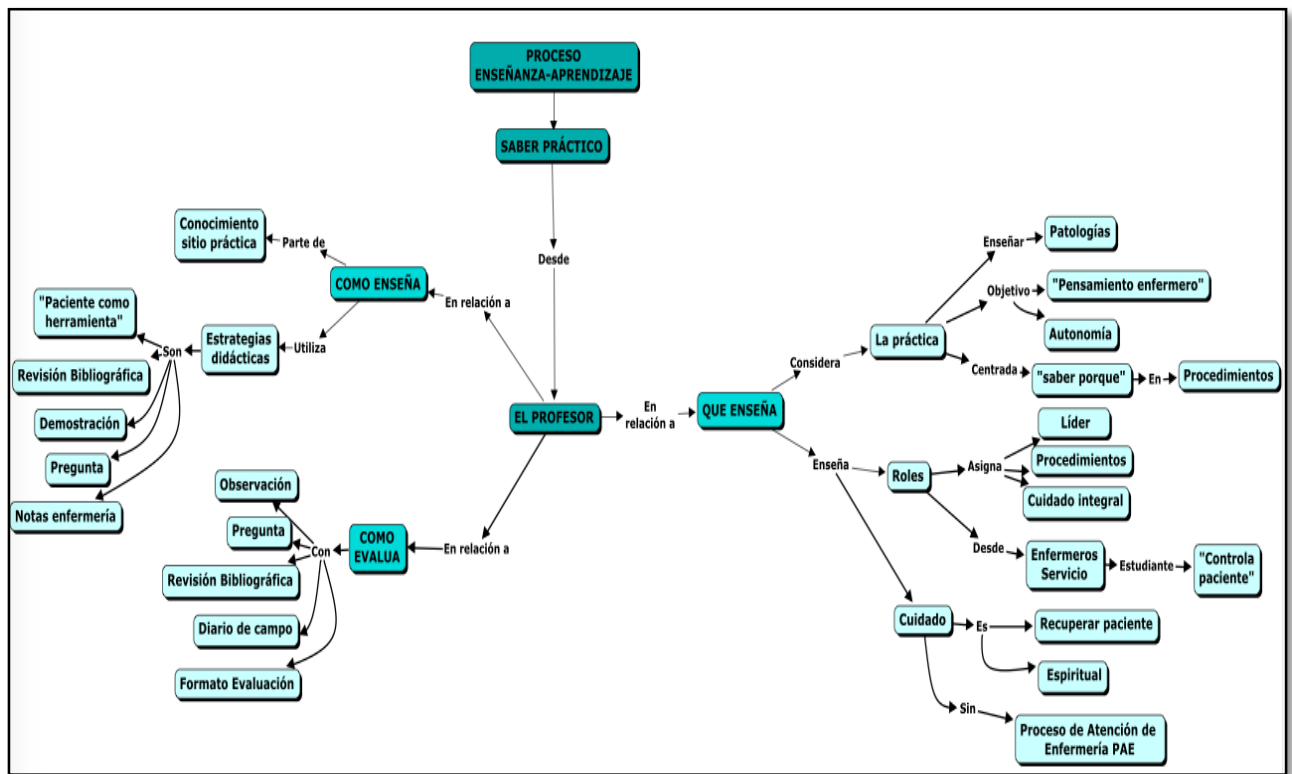


Figura 15. Saber práctico del profesor. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

6.1.3.1 ¿Que es lo enseñado por el profesor en la práctica clínica?

En cuanto a la selección de los contenidos de la práctica los participantes manifestaron, que se hace con base a los conocimientos previos y a las patologías que los estudiantes han estudiado los semestres anteriores, lo cual permitió al profesor identificar en que va a profundizar en el servicio donde realizan la práctica, orientado a que el estudiante adquiera primero un pensamiento

enfermero, un pensamiento crítico, es decir, saber porque está haciendo las cosas. Uno de los participantes expresó que al iniciar la práctica se asesoró con uno de los profesores que tenía más experiencia, quien le dio una luz sobre cómo llevarla a cabo, como lo describe la voz del participante:

“La selección de los contenidos de la práctica, se hace con base a lo que ellos [los estudiantes] ya traen de semestres anteriores, y las patologías que además traen, miramos en que se va a profundizar en ese servicio, por ejemplo profundizamos en que el estudiante adquiriera primero un pensamiento enfermero, un pensamiento crítico, porque está haciendo las cosas” E7-P3.

Además, los participantes expresaron que algunos son seleccionados a partir de lo recomendado tanto por profesores expertos como por quienes han tenido grupos en práctica, lo que ayuda a modificar la práctica según las necesidades identificadas en los pacientes, enfatizando en el objetivo de la práctica que es el cuidado al paciente con enfermedad crónica, otra manera es solicitando algunos temas al profesor coordinador del microcurrículo para conocer lo que se le puede preguntar al estudiante, y también dependiendo de la falencia que detecten en él:

“Como es una práctica de cuidado de crónico, pues obviamente uno trata de enfatizar en esas enfermedades crónicas durante la práctica así como la selección de pacientes al cuidado, el semestre pasado, antes de empezar la práctica pues se los pedí al coordinador que me dijera que temas ellos han visto, pues para yo poder saber, que les puedo preguntar, de que parte uno con ellos” E10-P1

En cuanto a los objetivos de la práctica, expresaron que están plasmados en una lista de chequeo que tiene el plan de delegación, por tanto, este se redacta de manera que promueva el logro de su cumplimiento por parte del estudiante, para lo cual cada día se evalúa lo esencial del plan de delegación, con el fin de abordarlo completo, de forma consecuente, manifestaron que cuando el estudiante llega a la práctica, ya tiene conocimientos básicos sobre que lo es la enfermedad, de que consta, cual su manejo y el tratamiento, es decir, que ya tiene la teoría, lo que requiere es llevarla a la práctica:

“Cuando llegan a la práctica ya tienen conocimientos básicos sobre que es enfermedad, de que consta la enfermedad, cual el manejo de la enfermedad, cual es el tratamiento, entonces como ya tienen la teoría es llevarlo como a la práctica” E10-P1.

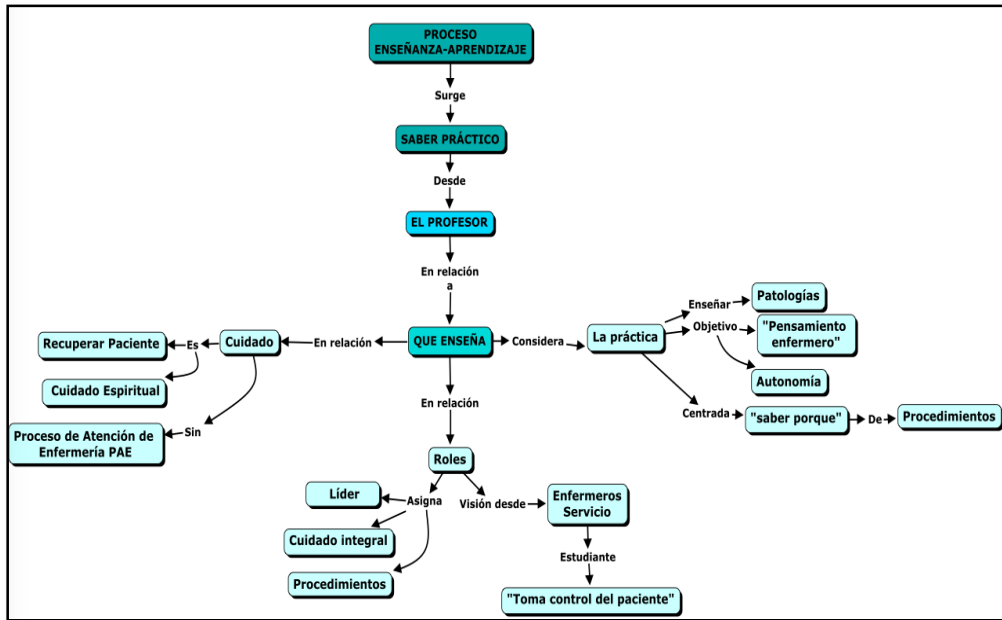


Figura 16. “Que enseña” el profesor en la práctica clínica. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En cuanto a la apreciación de la práctica por parte de los profesores entrevistados, expresaron que ésta es importante debido a que es la oportunidad para los estudiantes poner en práctica los conocimientos teóricos y porque se constituye en la única manera para que ellos adquieran el entrenamiento para el ejercicio profesional, por tanto, la práctica se dirige hacia que el estudiante adquiera independencia, autonomía, a reforzar conocimientos, a la vez, es necesario que el profesor identifique las necesidades que el estudiante presenta, del mismo modo, debe permitir al estudiante la realización de procedimientos, algunos ejecutados en semestres anteriores, sin embargo, en la práctica deben hacerlos no solo con toda la técnica, sino conocer el porqué lo está haciendo, como lo expresan en el siguiente texto:

“Yo digo, entonces la práctica se va a dirigir por ejemplo hacia que ellos adquieran independencia, o hacia que ellos adquieran autonomía, o que ellos refuercen los conocimientos (...), se supone que ya en los demás semestres los hicieron, ¿Cierto? Pero acá además de que los hagan, que los hagan bien, con toda la técnica como es, que sepan el porqué están haciendo eso ellos.” E7-P3.

La relación entre teoría y práctica y entre razón e intuición han sido motivo de preocupación desde la antigüedad afirman Dreyfus H., filósofo y Dreyfus S.(46), refieren además, que la enfermería como práctica de cuidado va más allá de la teoría, debido a que muestra interés por los significados humanos y sus necesidades, lo cual requiere una clase de percepción que no puede ser captada por la teoría racional. Así mismo, destacan que la práctica de enfermería revela lo que hace 2000 años el hombre ha tendido a negar acerca de que la teoría es dependiente de la práctica y que por esta razón requiere intuición.

En su trabajo investigativo "Dreyfus model of skill acquisition", los autores (46) afirman, que la adquisición de habilidades en un aprendiz emerge lentamente en la medida que se hacen cambios neuronales acompañados de modificaciones sinápticas durante el aprendizaje, se puede producir un mejor desempeño basado en la experiencia; tal proceso no puede ser explicado de forma similar a la que se lleva a cabo con la adquisición del conocimiento teórico. Así mismo, Benner P. (1), declara en su teoría "De Novicia a Experta", que el conocimiento clínico es a menudo subvalorado a merced de aprender procedimientos tecnológicos, ocupando un lugar preponderante por encima de la adquisición de habilidades relacionadas con el juicio clínico.

En ese sentido, al contrastar lo planteado por Benner y Drayfus con los hallazgos de la investigación, se evidenció una tentativa por los profesores participantes en incluir en los contenidos de la práctica los conocimientos previos del estudiante, sin embargo, surge como un hallazgo recurrente, el centrar la enseñanza de los saberes centrados en la enfermedad, aún en la práctica.

Al respecto, la autora (107) refiere que durante la práctica clínica la enfermera en formación se enfrenta a dos tipos de conocimientos: el “saber qué”, referido a la comprensión de las relaciones causales entre fenómenos, propio de la ciencia empírica y que según lo afirma Medina M.J., y Castillo P. (108), en “La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva”, es el conocimiento de enfermería tal y como se presenta en el currículum altamente formalizado, acontextual, instrumental y teórico, es decir, propio de la racionalidad técnica.

Al referir el término “racionalidad técnica”, es importante aclarar que se comprende por él, para ello, se acude a la definición de Schön D. (109), quien la define como una epistemología de la práctica derivada de la filosofía positivista, centrada en la investigación empírica. La racionalidad técnica afirma el autor, defiende la idea de que los profesionales en la práctica solucionan problemas instrumentales mediante la solución de medios técnicos idóneos para ciertos propósitos, mediante la aplicación de la teoría y la técnica que se deriva del conocimiento sistemático, de preferencia conocimiento científico.

Por lo tanto, al definir según los hallazgos desde los participantes, “el pensamiento enfermero” y “el pensamiento crítico”, como un pensamiento dirigido al “saber hacer”, se enfocó la planeación de la formación durante la práctica clínica en actuaciones dirigidas al cumplimiento de tareas o al hacer de procedimientos por parte de los estudiantes, debido a que les permite poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el aula.

Si bien los profesores participantes expresaron que la práctica es importante debido a que representa una oportunidad para adquirir el entrenamiento para el ejercicio profesional, es recurrente la adquisición del saber práctico centrado en la realización de procedimientos, que en el momento académico actual, debe ser llevado a cabo no solo con toda la técnica, sino con el conocimiento del porque se están haciendo, no obstante, centrar la enseñanza del conocimiento práctico solo en la ejecución de procedimientos, limita en el estudiante la generación de habilidades de pensamiento crítico, como la observación, el análisis y la inferencia relacionadas con las situaciones clínicas derivadas de la relación enfermera-paciente-cuidador, lo cual, ha favorecido una formación centrada en un positivismo lógico heredado y que contribuye a la prolongación de una formación

de los profesionales de enfermería, modulada por la racionalidad técnica con las características ya definidas.

Al respecto, Medina M.J., y Castillo P. (108) sustentan que este tipo de práctica no alcanza a explicar plenamente el proceso real de razonamiento práctico que los profesionales utilizan en el desempeño de su labor, presentando así, una visión inadecuada: estrecha, instrumental y rígida, de la formación de los mismos. Aspecto que se encuentra en concordancia con los hallazgos de la investigación, debido que se evidenció una brecha entre las bases epistemológicas de la disciplina en la práctica clínica en sus dimensiones, psicológica, social, emocional, espiritual y física y la relacionada con la formación del pensamiento de enfermería en los estudiantes, en la medida que la enseñanza del cuidado se centra una práctica orientada a dar respuestas a la enfermedad y no al cuidado propiamente dicho, al tratamiento y a los procedimientos que se derivan de estos.

En ese sentido, se trae a colación la definición del segundo tipo de conocimiento que plantea Benner P. (1), y que es aprendido por el estudiante de enfermería durante la práctica clínica, el “saber cómo” este puede ser adquirido sin el “saber que”, e incluso eludir las formulaciones científicas que tiene implícitas, y en el campo clínico hace referencia al conocimiento tácito que desarrolla la enfermera al estar inmersa en las situaciones clínicas con los pacientes, lo que la lleva a tener experiencia clínica. Afirma la autora (1), que ésta es comprendida, como la experiencia que se forma al desafiar expectativas y nociones preconcebidas o revalidadas en una situación actual, definición que trasciende el hacer procedimental y que centra la mirada en el conocimiento que se forma en el estudiante a partir de la experiencia que tiene al estar inmerso en las situaciones clínicas con los pacientes, y sus necesidades emergentes al responder a la pérdida de la salud y a todo lo que ocurre en su estancia hospitalaria.

Por tanto, el rol del profesor en la organización y enseñanza de los saberes en la práctica clínica, debe ir enfocado a las situaciones de cuidado que se encuentra en la práctica y en la búsqueda de oportunidades de aprendizaje que favorezcan la relación teórico práctica del estudiante con los diferentes dimensiones del cuidado, como son: el paciente, la familia, el entorno y enfermería. Si bien, es importante propiciar en el estudiante la realización de procedimientos y técnicas, la práctica

clínica debe constituirse en el escenario en el cual el estudiante desarrolle habilidades cognitivas, destrezas y actitudes que estimulen en él la formación del pensamiento de enfermería, orientado a la elaboración de juicios clínicos y a la toma de decisiones en relación con las necesidades que identifica en la interacción con la persona sujeto de cuidado.

Situación que suscita una serie de interrogantes alrededor de los profesores universitarios responsables en la actualidad de la formación de los futuros profesionales de enfermería: ¿Cómo es comprendido el pensamiento de enfermería para la formación de los estudiantes durante la práctica?, ¿Qué reconocen los profesores universitarios como experiencia clínica en una enfermera? ¿Cómo es comprendido “el hacer” de la enfermera por los profesionales de enfermería y los profesores?

El saber práctico y los roles del estudiante durante la práctica académica

En cuanto a los roles desempeñados por los estudiantes durante la práctica, se observó que tienen una asignación con el enfermero administrativo, que permanece en el puesto de enfermería, hay otro estudiante asignado con el enfermero asistencial, encargado de los procedimientos y los demás estudiantes están asignados a los pacientes” ONP1-P3.

Además, en contraste con lo expresado durante las entrevistas, todos los profesores participantes manifestaron que una de las estudiantes es designada como líder, se encarga de hacer la asignación de los pacientes, para lo cual el estudiante desde el principio de la práctica es informado no solo acerca de los objetivos de ésta, sino de lo que el profesor busca cuando asigna los pacientes, por lo tanto, no deben ser los pacientes más estables, sino por el contrario aquellos que tengan asuntos que den cabida al análisis:

“Hay una de las estudiantes que llamamos que es líder, ella asigna pacientes, a ellas desde el principio de la práctica yo les dije: cuales eran los objetivos de la práctica y cuando asignáramos los pacientes que era lo que yo buscaba, (...) pacientes que pudieran contribuir al conocimiento de nosotros, que no pues (---), los más estables, si no que tengan más cositas para analizar, y esa asignación de los pacientes la hace la líder” E10-P1.

Así mismo, expresaron que el profesor desde que inicia la práctica debe proyectar al estudiante hacia lo que es la verdadera gestión de enfermería, por lo tanto, en esta asignación, el líder se encarga de gestionar, de pasar ronda por todos los pacientes, independiente que se tengan asignados o no, porque la única restricción, que tanto la universidad como la institución advierten, está relacionada con el ingreso del estudiante a los cubículos aislados, sin embargo, la líder debe ingresar, pasar rondas por todos los pacientes del servicio, observar la disponibilidad de camas, los pacientes que tienen procedimientos y la distribución de las auxiliares con los pacientes, es decir, que se “empelicule con el rol” que tiene una enfermera, como lo describe en el texto significativo:

“A mí me parece que a uno desde que ya empieza la práctica, que a uno le vayan proyectando que es la verdadera gestión de enfermería, Entonces esa líder se encarga de o sea de gestionar, entonces ella debe pasar ronda por todos los pacientes, independiente que tengamos o no tengamos asignado, porque las únicas restricciones que nos pone la universidad o la institución que es no ingresar a los cubículos aislados pero ella debe ingresar” E10-P1.

Conforme a los hallazgos de las observaciones, se evidenció que el profesor le indaga al líder acerca del seguimiento que ella realiza a sus compañeras, quienes le solicitan ayuda en caso de requerirla, además se le asigna la responsabilidad de las notas de enfermería y de los registros de los estudiantes, debe estar pendiente de que los demás estudiantes estén al día con las actividades de cada asignación, y de responder por lo que estos no alcanzan a realizar. ONP1-P3.

En contraste con los resultados obtenidos a partir de las entrevistas, los profesores participantes manifestaron que en esta asignación se debe llevar a cabo la entrega turno al medio día con la enfermera del servicio, en la cual se informa la evolución de los pacientes asignados y las actividades realizadas, describe los hallazgos encontrados durante la ronda, así la enfermera del servicio no preste la atención suficiente a lo relatado, el profesor enfatiza que esta información se debe brindar, debido a que ha generado que las estudiantes se ganen un espacio, la credibilidad y la confianza en el servicio:

“La niña que esta asignada como líder es la que entrega turno al medio día con la enfermera del servicio, ella tiene que entregar las actividades que hicimos con los pacientes, los pacientes que tenemos y como evolucionaron; aparte entregar que encontré

en la ronda porque yo les digo: así no nos presten atención, tenemos que dar toda esa información, con esas actividades nos hemos ido ganando como un puestico, y una credibilidad y una confianza en el servicio” E10-P1.

En cuanto al rol de la estudiante en la asignación de procedimientos, los profesores participantes manifestaron, que en ella, el estudiante se encarga de todos los procedimientos de enfermería que se tienen en el servicio, es decir, no solamente los propios al profesional de enfermería, sino desde canalizar una vena hasta los más complejos, debido a que el profesor considera que el enfermero debe entrenarse en todo, en los exámenes de laboratorio, en consecuencia, realizan las curaciones y todo lo que resulte en el transcurso del día, como lo describe la voz de los participantes:

“La que va a estar en procedimientos es la que se encarga de todos los procedimientos de enfermería que tengamos en el servicio, no solamente de enfermería porque igual yo creo que uno tiene que entrenarse en todo, desde canalizar una vena hasta los procedimientos pues más complejos, hacemos exámenes de laboratorio, hacemos curaciones lo que resulte en el transcurso del día” E10-P1.

Por último, en la asignación de cuidado integral del paciente, los profesores participantes expresaron que el estudiante realiza el cuidado integral, excepto el baño en la cama, debe hacer la valoración a las siete de la mañana, anotar si el paciente tuvo administración de medicamentos, realizar el registro de los medicamentos en el caso de aplicarlos y de las notas de seguridad que están establecidas en la institución y entregar el paciente a la enfermera:

“La de cuidado integral, le incluye que tiene que hacer la valoración a las siete de la mañana, anotar si hubo administración de medicamentos, el registro de los medicamentos, las notas de seguridad que tienen pues establecidas allá en la institución, entregar el paciente a la enfermera” E10-P1.

En contraste con lo manifestado por parte de las enfermeras que laboran en el servicio, quienes expresaron que los estudiantes llega a la práctica es a aprender, por lo tanto, no tiene sentido que el enfermero del servicio, quien tiene tanto el conocimiento de todos los pacientes como mucho tiempo de experiencia, les realice las curaciones, debido a que ellos están haciendo una “práctica asistencial”, por lo tanto, si realizaran una “práctica administrativa” el enfoque

cambiaría, en tal caso, el estudiante no tiene que “meterse con el paciente para curar”, porque estaría centrado en lo administrativo, como lo describe el texto significativo a continuación:

“Si a mí me parece bien [la práctica], porque es que se supone que a eso vienen a aprender, entonces si nosotros que ya conocemos los pacientes, que llevamos mucho tiempo, que ya adquirimos conocimientos, venimos a hacerles las curaciones, pues no le veo razón de ser, porque estamos hablando de una práctica asistencial” E14-EP3.

En cuanto al que hacer de los estudiantes en cada uno de los roles desempeñados durante la práctica académica, las enfermeras del servicio de hospitalización expresaron, que con los estudiantes todo es excelente, debido a que toman el control del paciente, se involucran con él, hacen las curaciones, no hacen caso omiso de nada, siempre están apoyando debido a las asignaciones que tienen, como resultado, ellos hacen todo, las curaciones, los procedimientos, los hemocultivos, excepto de los pacientes aislados, además no tienen que esperar para mandar o dirigir a los estudiantes, debido a que siempre están de la mano del docente: *“Con ellas todo es excelente porque es que ellas toman el control del paciente, ellas se involucran con el paciente, mira que yo llegué y ya ellas a tenían hechas las curaciones, realmente nunca he tenido el caso de que yo llegue que ellas hagan caso omiso, que no apoyen, porque siempre tienen asignado algo, ellas hacen todo, las curaciones, los procedimientos, los hemocultivos excepto los pacientes aislados” E14-EP3.*

Al hacer referencia a las asignaciones dadas a los estudiantes, las enfermeras participantes manifestaron, que hay un estudiante líder encargado de elegir los pacientes que van a ser tomados para el cuidado integral durante la práctica, él es quien asigna a las compañeras lo que van a hacer, valorando su trabajo y es el que hace la entrega al final de los pacientes asignados, los procedimientos realizados, los medicamentos aplicados, los signos vitales del paciente durante la mañana, y si este presentó o no alguna complicación, como lo describe el texto significativo:

“Lo que he notado yo que hacen ellas es que una líder es la que escoge que pacientes que van ser tomados para el cuidado integral durante la práctica, asignan a su compañeras que van a hacer, es la que valora el trabajo de las compañeras, la que entrega al final esos pacientes (...)”E13-EP4.

Finalmente, las enfermeras participantes expresaron, que durante la asignación de cuidado integral, los estudiantes reciben turno al inicio de la mañana, toman los pacientes, y entregan la relación de los que van a tener asignados para brindar cuidado integral durante el día, además, cuando le ordenan al paciente algún procedimiento, las enfermeras del servicio lo entregan a los estudiantes para su realización: *“En la mañana al inicio, si al inicio ellas reciben turno, cogen los pacientes nos entregan son los pacientes que van a tener hoy para brindar cuidado integral durante el día y ya, cuando nos mandan algún procedimiento entregárselos a ellos” E13-EP4.*

En cuanto a los roles que son enseñados por los profesores durante la práctica clínica, se parte en primer lugar, de la definición que presenta Collière, M.F., a cerca de lo que es el rol, para la autora, es la manera de actuar, la forma de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función, “no es la función, es la expresión de la función” (40), en ese sentido, Henderson, V., refiere que la función de enfermería es “asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría cabo sin su ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimientos necesarios” (47).

En segundo lugar, se toman los aportes realizados por Kerouack S. (49), de la gestión en el ámbito de enfermería, es decir, en lo concerniente a la gestión del cuidado, en la cual, la enfermera apoya al personal cuidador comprometido en los procesos de cambio y de cuidados centrados en las experiencias de salud de la persona sujeto de cuidado, puntualiza la autora, que la gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, por medio de las acciones del personal cuidador, es decir, plantear intervenciones que surgen de las necesidades del paciente ante las respuestas de afrontamiento a la pérdida de la salud, en el caso del paciente hospitalizado.

Desde esta perspectiva, los hallazgos de la investigación, evidenciaron que en la enseñanza de los saberes prácticos, hay una división de los roles de enfermería asignados a los estudiantes, la cual presenta variaciones en la asignación de “líder” de acuerdo al profesor, este puede estar ubicado con el enfermero administrativo del servicio de hospitalización de la institución donde se realiza la

práctica, quien permanece en el puesto de enfermería, o en otro caso puede estar de manera independiente a cargo de la realización de las actividades asignadas.

Ahora bien, aunque existe una tentativa por la enseñanza de los roles en los estudiantes, según lo expresado por los participantes, se presentan disyuntivas entre las acciones llevadas a cabo en cada uno de los roles asignados, en cuanto a lo señalado en el plan de delegación para la práctica desde el programa (Anexo 8), y lo que las bases disciplinares de enfermería describen. En el rol de "líder", la actuación del estudiante está dirigido a la realización de tareas y se aleja de las acciones en el estudiante que favorezcan la interacción con el paciente y la familia en la búsqueda de las necesidades que pueda identificar alteradas, teniendo en cuenta el modelo de atención de enfermería adoptado en el Programa de Enfermería de la UNAC, el de Virginia Henderson.

Aspectos que se encuentra en consonancia con los hallazgos en la observaciones no participantes, donde se evidenció que los saberes indagados el profesor en el estudiante en esta asignación, se alejan de lo descrito en el plan de delegación, si bien la práctica clínica es un entorno que es rico en experiencias y actividades que emergen de su complejidad y de las diversas demandas de cuidado del paciente hospitalizado, las actividades realizadas por el estudiante en la asignación de "líder", no se encuentran contempladas y no hacen parte de los saberes teóricos enseñados en el aula.

A esto se suman, factores relacionados con la instrumentalización del hacer de enfermería, los resultados de la investigación mostraron desde los participantes que el enfermero asistencial es aquel asignado para la realización de todos los procedimientos que surgen en el servicio, debido a que el profesor considera que el enfermero debe entrenarse en todo. Al respecto, Collièr (40) refiere, de los efectos que la corriente técnica centrada en la enfermedad, ha tenido sobre la práctica de enfermería, donde la razón de ser es el enfermo, pero en calidad de portador de la enfermedad, sobre la cual no solo se seleccionan y elaboran los conocimientos necesarios, sino que se considera la base para las acciones de la enfermera y da sentido a las tareas por realizar.

Esta perspectiva afirma la autora, hace que la elección y planificación de estas tareas estén determinadas por el tipo de enfermedad o por el tipo de órgano afectado, y giran en torno a las prescripciones médicas, las cuales están relacionadas con exámenes diagnósticos y con el control de tratamientos médicos. Sustentos que explican el significado dado tanto por parte los profesores participantes como por las enfermeras que laboran en el servicio, al referir que la práctica asistencial está enfocada a la realización de procedimientos por parte del estudiante y que le permite según los hallazgos, ganarse un espacio, la credibilidad y la confianza en el servicio, es decir, el reconocimiento profesional, en la medida que informa en la entrega turno la evolución de los pacientes asignados y las actividades realizadas.

Es importante enfatizar como las enfermeras que laboran en el servicio refieren a cerca del cuidado y de la práctica asistencial que gira en torno a las curaciones que el paciente tiene pendiente y como la práctica administrativa no implica “*meterse con el paciente para curar*”, haciendo manifiesto una divergencia entre el cuidado directo que la enfermera brinda al paciente y la gestión del cuidado indirecto que implica la participación de otros miembros del equipo de salud, es decir, llevando acciones que sustentan una práctica bifocal como lo expresa Carpenito (78).

De esta forma, brindar el cuidado de enfermería centrado en procedimientos y técnicas y no en dar respuesta a las necesidades identificadas a partir de las respuestas humanas del paciente a la pérdida de la salud y al afrontamiento de la hospitalización, evidencia el ejercicio de una práctica que despersonaliza el cuidado y que centra su mirada en el tratamiento y la terapéutica y ubica la enfermera en un marco de actuación propio de la visión de enfermería particular determinista, que fragmenta al ser humano de su dimensión física, emocional, espiritual, emocional y social, donde predomina lo objetivo y visible desde la dimensión física, y no trasciende hacia las necesidades procedentes de las otras dimensiones que son esenciales para la recuperación del paciente con enfermedad crónica durante la etapa de hospitalización.

Así mismo, en la asignación de cuidado integral del paciente, el accionar del estudiante gira en torno a las actividades que debe realizar en cuanto a hacer la valoración inicial al paciente, administrar medicamentos y realizar las notas de seguridad que están establecidas en la institución, dejando un vacío en la formación de los saberes prácticos relacionados con el cuidado de enfermería centrado en las necesidades identificadas en el paciente y fundamentadas en el

metaparadigma desde la definición de enfermería, que exige la aplicación de una práctica metodológica propia para el cuidado de los pacientes, refieren Fawcett y Desanto (41).

Por tanto, es prioritario realizar acciones desde los profesores de la teoría que hacen parte del microcurrículo, de manera unificada con los profesores de la práctica, enfocadas a llevar a cabo concertaciones reflexivas hacia lo que comprenden con relación al “hacer de la enfermera”, que les permita dirigir los saberes en la práctica hacia el desarrollo de habilidades en el estudiante de razonamiento y clínico a partir de las situaciones de cuidado que se derivan en ella, y no enfocar los saberes solo en la realización de procedimientos.

Si bien para los estudiantes la realización de procedimientos es importante, no solo porque estos hacen parte del cuidado y les permite el desarrollo de destrezas, se resalta, en primer lugar, que es fundamental su ejecución bajo una práctica reflexiva, con el objetivo de que el estudiante valide su fundamentación científica, “el saber que”, y no genere daños o complicaciones en el paciente. En segundo lugar, el conocimiento práctico hace referencia al conocimiento tácito, “el saber como”, es decir, el conocimiento experiencial que solo surge de la interacción estudiante-paciente-familia, y que solo se forma en el contexto clínico, derivado de las situaciones de cuidado.

¿Qué es lo que el profesor enseña en la práctica acerca del cuidado?

En lo concerniente al saber práctico relacionado con el cuidado, los profesores participantes manifestaron que el cuidado es la razón de ser de la profesión, son todas aquellas acciones que se hacen en las prácticas, lo que el profesor establece como actividades de cuidado para satisfacer las necesidades que ve en el paciente: *“Para mi cuidado aparte de ser la razón de ser de mi profesión, son todas aquellas acciones que hace en si en las prácticas, lo que uno establece como actividades de cuidado para satisfacer pero necesidades que uno ve generadas en el paciente”* GF1-P1.

Otros profesores participantes expresaron, que el cuidado es un arte y es una ocupación que va desde la identificación de la necesidad, suplirla y llevar al paciente a la condición en la cual él estaba antes de la aparición de la necesidad, a la vez, manifestaron que es contribuir con los conocimientos y estrategias al

bienestar y calidad de vida de la persona, como lo describe la voz de los participantes: *“Para mí es un arte, y es una ocupación que va desde la identificación de la necesidad, desde suplir esa necesidad, desde volver a llevar el paciente a esa condición a la cual él estaba antes de la aparición de la necesidad”* GF1-P2.

“Es como contribuir con nuestros conocimientos, estrategias al bienestar y calidad de vida de la persona, lograr contribuir para que esa persona esté mejor en cuanto al bienestar” GF1-P4.

A través del desarrollo teórico del conocimiento en enfermería como disciplina, han surgido múltiples definiciones alrededor del concepto de cuidado, si bien este es considerado como el objeto de conocimiento disciplinar (41) y sobre el cual debe cimentarse el accionar de la enfermera, cada teorista lo define de acuerdo al paradigma interpretativo sobre el cual basa su teoría, a la perspectivas teóricas que la influyen.

Así mismo, en la práctica, cada profesional de enfermería adopta una definición diferente, de acuerdo a la formación recibida y a la influencia del pensamiento a cerca de la disciplina, no obstante, en los hallazgos de la investigación desde la voz de los participantes, se evidenció que en la definición por parte de los profesores, existen rasgos comunes como la identificación de la necesidades y de contribuir con conocimientos y estrategias al bienestar y calidad de vida de la persona, definiciones que se encuentran afines al paradigma de enfermería integrativo (49), el cual, orienta el accionar de la enfermera hacia la persona, por medio de la planificación y evaluación de sus intervenciones en función de las necesidades no satisfechas en el paciente.

A la vez, que se reconoce el cuidado como la razón de ser de la profesión, lo cual esta consonancia con lo manifestado por Fawcett (41), al definirlo como el núcleo central de estudio de la disciplina, situación que se considera fundamental en el proceso de enseñanza aprendizaje, debido a la influencia que tiene la conceptualización del cuidado en la formación de los futuros profesionales de enfermería, en ese sentido Stenhouse (53), define que a través de la educación se transfieren los rasgos esenciales que subyacen de manera invisible en la cultura de un grupo determinado, los cuales son plasmados en el currículo, y es el

profesor quien lo dinamiza y le da vida desde su práctica docente, afirma Sacristán (83).

Al referir aquí el término cultura, se hace referencia tanto a las conceptualizaciones teóricas que hacen parte de la enfermería desde su disciplina, como a las prácticas y comportamientos que evidencian el accionar de la enfermera en cualquier escenario donde ella lleva a cabo su desempeño profesional.

Se resalta en este punto, la importancia de la claridad conceptual a cerca del cuidado centrado en los núcleos disciplinares por parte de los profesores tanto de teoría como de práctica, como parte del conocimiento base para la enseñanza (87), no obstante, es importante señalar, que este conocimiento base no solo hace referencia a la dimensión conceptual o cognitiva (el saber pedagógico y disciplinar), sino que incluye dimensiones procedimentales e interactivas (saber hacer, esquemas prácticos de enseñanza) que contienen a su vez, las interpretaciones para las acciones prácticas, refiere Medina (110), resaltando la influencia en el conocimiento base del profesor, de factores contextuales, personales, biográficos y experienciales.

En ese mismo sentido, expresaron que el cuidado espiritual es cuidar las necesidades más profundas del alma, aquellas que son intangibles y que son la parte esencial del ser, los valores, la moral, es decir, toca lo intangible, lo esencial del ser humano, por tanto, cuando el profesor enseña esta parte, se refiere a que el paciente pueda llegar a relacionarse directamente con Dios, a lo que agregaron, que el estudiante no debe desesperarse, debe tener paciencia con el cuidado de los pacientes, ser optimista, para lo cual requiere comprender su enfermedad y el tratamiento: *“De pronto como cuidar las necesidades más profundas del alma, son esas necesidades que son intangibles que es la parte esencial del ser, son su grupo de valores, son su moral, es decir, toca lo intangible, lo esencial, del ser humano. Entonces cuando nosotros enseñamos esa parte, no es más que el paciente pueda llegar a relacionarse directamente con Dios, (...)”* GFI-P2.

“Que no se desesperen [los estudiantes], que tengan, ósea, con el cuidado de los pacientes tengan paciencia, que no se desesperen, que sean optimistas, que ellos comprendan su enfermedad, que comprendan su tratamiento para que tengan esa paciencia” E10-P1.

De igual manera, expresaron que cuidado espiritual consiste en animar al paciente, brindar una oración o un versículo de la biblia, dar un mensaje positivo independiente de la religión que profese, es decir, es llegar a la parte espiritual o de las creencias del paciente, con el fin de favorecerlo, de animarlo y apoyarlo en el momento de la enfermedad está padeciendo:

“(…) Y animarlo y brindarle una oración, regalarle un versículo de la biblia, o si es taoísta o lo que sea darle un mensaje positivo no tiene necesariamente que ser la misma religión que uno profesa, sino que llegar a esa parte espiritual o a la parte de las creencias del paciente, independientemente de lo que sea, con el fin de favorecerlo, de animarlo, de apoyarlo en ese momento de su enfermedad que él sufre” GF1-P3.

A lo que agregaron, que es “tener un encuentro”, es decir, que el estudiante tenga la capacidad de mirar al paciente no solo desde lo biológico sino desde la persona, teniendo en cuenta la parte espiritual y emocional, para lo cual el profesor trata de enseñarle al estudiante que es importante hacerle sentir al paciente un sentimiento de esperanza, mucho más en los pacientes con enfermedad crónica. En ese sentido, uno de los participantes expresó que no es uno “meterse con la religión”, sino con lo espiritual, aquello que le brinde tranquilidad y esperanza a los pacientes para sobrellevar la enfermedad, lo cual es independiente de cada religión, como lo describe la voz de los participantes en el siguiente texto significativo:

“Es tener ese encuentro (---), que ellas tengan la capacidad, de mirar al paciente no solo desde lo biológico sino desde la persona, tener en cuenta esa parte espiritual, esa parte que les dé a ellos esa parte emocional, yo si trato de mostrarle que uno con los pacientes debe hacer ver en ellos ese sentimiento de esperanza y más en estos pacientes crónicos. Yo pienso que esa sería la parte espiritual” E10-P1.

Además, un profesor participante expresó, que durante la práctica es más fácil enseñar el cuidado espiritual, debido a que el estudiante tiene solo un paciente a cargo todo el tiempo que dura la sesión de práctica clínica, lo que le permite tener

una relación directa con el paciente, aún más que el mismo profesor, por medio de preguntas y consejos, experiencia que le favorece llegar hasta el punto de tocar la espiritualidad en el paciente asignado: *“(...) En la parte de la práctica se hace un poquito menos complicado, porque el estudiante tiene solo un paciente a cargo, donde se relaciona directamente él más, más el estudiante que el docente, el estudiante está las diez horas, nueve horas depende de lo que dure la practica con ese paciente, preguntándole, aconsejándole, entonces en esa parte, en ese momentico es mucho más fácil llegar hasta ese punto y tocar esa parte espiritual del paciente” GF1-P3.*

Al realizar el análisis relacionado con el cuidado espiritual, se parte de lo expresado por Sánchez H. (111), profesora de la Universidad Nacional, quien manifiesta que la espiritualidad es un elemento central del cuidado de enfermería que debe ser atendido con alta prioridad, agrega además, que a través de la historia de la humanidad el hombre siempre ha sentido una presencia superior y ha tratado de congraciarse con ella y en algunas culturas periodos históricos, de explicar la enfermedad desde esta dimensión.

Así mismo, sustenta (111), que la enfermería ha estado asociada a la espiritualidad, por la influencia religiosa desde su génesis, aún en la actualidad, la enfermería moderna occidental debe en parte su filosofía de cuidado y preocupación humanitaria a las influencias de la cristiandad. Por lo tanto, desde una perspectiva histórica la enfermería está saturada de valores y principios que le dan una herencia espiritual muy rica que hasta ahora le ha servido de base, afirma la autora.

No obstante, esta perspectiva dista de la unidad de criterios en los profesionales de enfermería a cerca de su significado y de las implicaciones que este puede tener, en parte debido a la diversidad de filosofías y creencias que hacen parte del pensamiento de cada profesional de enfermería, lo cual no es ajeno aún a los conceptos de espiritualidad propuestos dentro de los modelos y teorías de enfermería, que determinan el accionar de la enfermera de acuerdo a la teoría bajo la cual cimenta su práctica profesional, refiere Sánchez (111).

Por lo tanto, según los hallazgos de la investigación, se evidencia por parte de los participantes diversas conceptualizaciones a cerca del cuidado espiritual, debido a que algunos profesores consideran que es el reconocimiento las necesidades intangibles del alma, expresada en el paciente por los valores y su moral, definición que se acerca a las características propias de las teorías de enfermería adheridas a la visión recíproca, donde la enfermera valora las diferentes dimensiones de la persona al aceptar su interactividad y la unicidad de cada una de ellas y reconoce, en la dimensión espiritual, aspectos como el significado de la experiencia para las personas implicadas y el valor de la relación en la búsqueda de una armonía entre las diferentes dimensiones del ser humano, afirma Martsolf, D. y Mickley, J. (112), citado por Sánchez (111).

Sin embargo, otros profesores definieron que cuidado espiritual consiste en animar al paciente, brindar una oración o un versículo de la biblia, dar un mensaje positivo independiente de la religión que profese, con el fin de animar y apoyar el paciente ante el padecimiento de la enfermedad, definición que es propia de una enfermera que basa su práctica en una filosofía o modelo conceptual reactivo o determinista, que según Martsolf, D. y Mickley, J. (112), citado por Sánchez, se caracteriza porque la enfermera hace un diagnóstico de sufrimiento espiritual y realiza una o varias actividades concretas como orar, leer textos sagrados, conseguir materiales de reflexión espiritual o remitir a un ministro o sacerdote.

Desde esta perspectiva, la interacción enfermera paciente es limitada y se trata de dar una respuesta a una necesidad identificada sin la comprensión del otro desde su otredad, desde su sufrimiento interno.

Además, en los hallazgos se evidenció el cuidado espiritual requiere tiempo, cercanía, tener una relación directa con el paciente, por lo tanto, la práctica clínica favorece la enseñanza de este saber, según lo expresó un profesor, considerando además, que para el profesor es difícil brindarlo solo por medio de preguntas y concejos, caso contrario ocurre con el estudiante que pasa mucho más tiempo con el paciente durante la práctica. No obstante, se precisa que para el estudiante es difícil desarrollar o fortalecer este aspecto cuando la enseñanza se lleva a cabo desde lo biológico, parte de la enfermedad y los síntomas y no desde las necesidades del paciente.

Como se enseña el PAE en la práctica como metodología para el cuidado de la persona

En lo concerniente a la enseñanza del proceso de atención de enfermería durante la práctica, un participante expresó que el PAE como pensamiento del enfermero, no es que sea difícil o innecesario, sino que es la asociación de la enfermedad con el cuidado de enfermería, es decir, es la expresión escrita del hacer del enfermero, realizando primero la valoración, para describir los hallazgos, a su vez. Mediante el PAE, los estudiantes aprenden a tomar decisiones con conocimiento de causa, en pro del beneficio de otro, también expresó que es el pensamiento interno, que permite “el hacer” con conocimiento: *“El PAE es el pensamiento nuestro, que nosotros tenemos cualquier enfermedad cualquier patología, lo que miremos, tenemos que asociarlo directamente con ese cuidado de enfermería... Entonces yo les explico eso, no es que el PAE sea difícil o algo innecesario (...) es la expresión escrita de esto que estamos haciendo, primero yo valoro y luego escribo todo lo que encontré” E7-P3.*

“Que ellos aprenden a tomar una decisión, con conocimiento de causa, en pro del beneficio de otro, para mí es ese pensamiento Interno, pero sabiendo que sepan que están haciendo, Como lo haces aplicando el proceso de atención, si me entiende” E7-P3.

Además, expresó que los estudiantes llegan a la práctica con un estigma hacia la aplicación del PAE porque expresaron que es algo imposible de aplicar, debido a la creencia que ellos tienen relacionada con que el proceso de enfermería es sentarse con los libros Nanda, NIC y NOC y hacer número de diagnósticos en un papel, no obstante, el profesor debe aclarar que el PAE es la expresión escrita de lo que se está diciendo, es un informe, es hacer consciente lo que el estudiante hace de forma inconsciente, como se describe en la voz de los participantes:

“Ellos creen que el proceso es sentarse agarrarse de los libros Nanda, Nic y Noc y hacer un poco de diagnósticos en un papel, y yo les digo, no esto no es el PAE, esto es la expresión escrita de lo que está diciendo, esto es un informe, el PAE verdadero es lo que ustedes hacen inconscientemente, entonces vuélvalo consciente” E7-P3.

Al hacer referencia a la manera de cómo debe ser enseñado el saber práctico relacionado con el PAE durante la práctica clínica, un profesor participante manifestó que hacer diagnósticos de enfermería no es fácil, lo que demanda de los profesores ser tolerantes y más prácticos para hacerlo más amigable, ya que aún los médicos se equivocan al hacer un diagnóstico, mucho más pueden hacerlo las enfermeras que apenas inician este proceso, a lo que se suma, que los estudiantes no tienen dos requerimientos que son importantes para ser un “buen diagnosticador”, los conocimientos necesarios y la experiencia, como lo describe en el texto significativo:

“(...) Pero lo que yo quería decir es que lo importante no es saber que patología hay, no, sino que problemas tienen los pacientes ahí, que necesidades nosotros como enfermeros vamos a intervenir en el cuidado, independiente de la patología que tenga, (...), realmente hacer diagnósticos de enfermería no es fácil, a mi parece que los profesores tienen que ser un poquito más tolerantes y más prácticos, hacer esto más amigable (...)” E12-P4.

Además, agregó que para el aprendizaje del PAE los estudiantes son novicios como lo refiere Patricia Benner, apenas están adquiriendo los conocimientos, y como este es de análisis, implica la asociación de conocimientos, por tanto en el caso del estudiante del cuarto semestre, a pesar de que tienen muchos conocimientos, estos se encuentran aislados, lo que ocasiona en el estudiante dificultad en la integración de los mismos, no obstante, en la medida que el estudiante va creciendo en la carrera, adquiere la capacidad de integrar más: *“(...) Yo digo que para el PAE, estas chicas son novicias como dice Patricia Benner, apenas están adquiriendo los conocimientos, no los tienen todos” E12-P4.*

“Lo que pasa es que como esto es de análisis, implica asociar muchos conocimientos y el estudiante, (---) por ejemplo en el cuarto semestre ellos tienen muchos conocimientos pero están como muy aislados, les da como mucha lidia integrarlos; yo pienso que en la medida que uno va creciendo en la carrera van siendo más capaces de integrar, más que todo pienso que es eso (...) E12-P4.

Así mismo, expresó que para el aprendizaje del saber práctico del PAE, los estudiantes deben tener pensamiento crítico y reflexivo, es decir, tener la capacidad de analizar situaciones, de discriminar para poder tomar decisiones, con base al conocimiento en primera instancia, y también en la experiencia, porque la experiencia aporta conocimiento. Por lo tanto, en el caso del

aprendizaje, el profesor debe aprender con el estudiante, debido que al hacer la valoración del paciente, cada uno de forma independiente, pueden identificar problemas diferentes y en realidad el paciente puede estar presentando ambos, sin embargo, en ocasiones el profesor sustenta que solo presenta el que él identificó, como se describe en la voz del participante:

“Deben tener pensamiento crítico y reflexivo, que es como tener esa capacidad de analizar situaciones, de discriminar para poder tomar decisiones, cierto, con base al conocimiento primero que todo y también la experiencia, porque la experiencia aporta conocimiento, a usted le pasa una cosa mala hoy y seguro que el día de mañana no la vuelve a hacer, entonces eso también le genera conocimiento” E12-P4.

En ese sentido, el profesor debe hacerlo más amigable y no acosar al estudiante con muchos diagnósticos, lo importante es que aprenda a hacer el diagnóstico prioritario bien hecho y que aprenda a priorizar, porque el estudiante en algún momento de su práctica profesional lo tendrá que aplicar, debido a que en la actualidad muchas instituciones por requerimiento legal lo exige en la historia clínica. Además, manifestó que es el profesor quien debe hacer ver al estudiante la importancia de la aplicación del PAE, sin embargo, él observa que el estudiante lo aplica porque la universidad se lo exige, como resultado el estudiante al salir corre el riesgo de no aplicarlo porque no tiene a alguien que le vigile aplicación en actuar profesional:

“Yo diría que no los acosen con muchos diagnósticos, que aprendan a hacer uno bien hecho, que lo maneje bien, el prioritario, que aprendan a priorizar (...), entonces hacerlo como más amigable porque yo pienso que más temprano que tarde les va a tocar aplicarlo en la práctica, porque muchas instituciones por habilitación, creo que les van a exigir en la historia clínica que este el PAE” E12-P4.

En ese orden de ideas, agregó que el rol del profesor es de acompañamiento y no enfocado a observar si el estudiante lo hace bien o mal, debido a que él aún no tiene todos los conocimientos y la capacidad de integrar la anatomía y la biología, como resultado, presenta dificultades para hacer la integración de estos conocimientos, ya, que pese a que los estudiantes se encuentran en el séptimo semestre, el profesor observa que aún hacen las mismas preguntas, en razón de que en la práctica se hace una posible ruptura, es decir, que no se integra el PAE o no se enseña, como resultado, el estudiante que avanza hacia el séptimo y

octavo semestre todavía presenta falencias, por las distorsiones que pueden presentarse durante las prácticas académicas, como lo describe la voz de los participantes:

“Y lo más importante que los profesores tengan muy claros los conceptos y que estemos unificados, para que no digan, (---) en un semestre les digan una cosa, en otro semestre otra cosa, y que siempre lo exijamos en los semestres, porque si en uno lo exigen y en otros no, yo pienso que esas sería como unas estrategias” E12-P4.

En cuanto al saber práctico relacionado con la valoración del paciente, primera etapa del proceso de atención de enfermería, durante las observaciones no participantes, se evidenció que la valoración por parte del profesor, se inicia con el conocimiento y la lectura de la historia clínica, donde identifica el diagnóstico médico del paciente, las enfermedades de base, los signos y síntomas del paciente y el tratamiento farmacológico que el paciente tiene durante su estancia hospitalaria. *ONP2-P3.*

Además, se observó que al realizar al enseñar la valoración con uno de los estudiantes, el profesor se acerca y le pregunta: “¿Como está tu examen físico?”, le indica al estudiante que para valorar debe mirar el diagnóstico médico, porque eso le da un indicio donde va a hacer el énfasis, debido a que la valoración tiene un énfasis. *ONP1-P3.*

Así mismo, se observó, como el profesor le indicó al estudiante que en la parte fisiológica se valoran cuatro aspectos que son primordiales, la respiración, la eliminación, la parte cardiovascular y la neurológica, además manifestó que se identifican algunas necesidades según Virginia Henderson, teoría que se está implementando por la universidad y que hace referencia a las necesidades fisiológicas, sociales, educativas y espirituales, es decir, permite ver a la persona como un todo, como un ser integral *ONP2-P3.*

En cuanto a la valoración del aspecto social en el paciente, se observó como el profesor indica al estudiante que ésta se explora hablando con el paciente o con el familiar o en caso tal con el acompañante que tenga, se debe comenzar haciendo

preguntas a cerca del lugar donde vive, qué relación tiene con la familia o con el acompañante. ONP2-P3.

Así mismo, les expresó que en el aspecto social deben identificar algún tipo de riesgo que el paciente tenga y algunas fortalezas o debilidades que encuentren en los cuidadores, debido a que hay una parte en la enfermería que habla del rol cuidador, o el rol parental que es el rol familiar, sin embargo todo eso se identifica cuando se va a hacer un caso clínico mucho más extenso. ONP2-P3.

Al referir la valoración de los aspectos relacionados con lo espiritual, se observó que el profesor le indica al estudiante, que se debe preguntar al paciente cada cuánto va a la iglesia, si cree en Dios, si no cree en Dios, en qué cree, si lo viene a visitar, el pastor, el sacerdote, y si desea que le oren o le lean la biblia, con el objetivo de mantener esa parte espiritual en el paciente. ONP2-P3

Al hacer referencia a la manera como debe enseñarse durante la práctica clínica la valoración del paciente, un participante expresó, que debe hacerse desde un referente teórico, en la actualidad la universidad adoptó el modelo de Virginia Henderson, no obstante puede ser desde cualquier otro referente, lo importante es que tanto el profesor como el estudiante tengan claros los conceptos nucleares de esas teorías para que las pueda integrar, sino partir desde el modelo propuesto, debido a que es el más se ha trabajado y es de fácil aplicación, en consecuencia, el profesor debe prestar atención a lo valorado en el paciente y a los hallazgos de las necesidades no satisfechas que este presenta porque de las necesidades identificadas surgen los diagnósticos de enfermería:

“Y me parece muy importante como somos enfermeras que lo hagamos desde un referente teórico, aquí manejamos mucho Virginia Henderson, pero puede ser desde cualquier otro referente, eso sí tanto el profesor como el estudiante tienen que tener muy claro los conceptos nucleares de esas teorías, para que las pueda integrar, sino por lo menos la de Virginia Henderson que es la que más hemos trabajado y es fácil de aplicar” E12-P4.

En cuanto al momento para elaborar el proceso de atención de enfermería durante la práctica, uno de los participantes manifestó que el PAE es realizado por el estudiante cuando hace la valoración física, teniendo en cuenta que hay varias formas de hacer la valoración, por sistemas o cefalocaudal, lo que se constituye como un aspecto de libre elección por parte del estudiante y que no es impuesto por el profesor, como lo describe el texto significativo:

“Bueno ellas lo hacen [el PAE], haciendo una valoración física, pues, esa es otra, porque uno en la práctica, en la práctica le enseñan a uno que hay varias formas de valorar, por sistemas, cefalocaudal, es una decisión que (---), pues nunca les he impuesto, yo digo: ustedes ya saben cuáles son las formas y las técnicas para hacerle un examen físico al paciente, utilice la que quieran con la que más cómodas se sientan” E10-P1.

Además, un participante expresó que si se tiene el conocimiento de que el paciente tiene una enfermedad diagnosticada, se debe hacer el examen físico en un punto específico, y no ir a ciegas, siendo esta la manera de enseñar al estudiante a realizar la valoración con los pacientes que tienen enfermedad crónica, partiendo del diagnóstico médico y observando un antecedente del paciente para ir de forma directa al problema:

“Si yo veo que el paciente tiene un EPOC diagnosticado, yo voy a hacer un examen físico a un punto específico, yo no voy a ciegas, entonces de esa forma yo les digo que aborden a los pacientes crónicos. O sea no a ciegas sino que vayan y miren el diagnóstico médico y miren un antecedente de ese paciente y vayan directamente al problema” E7-P3.

En lo relacionado con la priorización, se observó que uno de los profesores participantes, expresó a los estudiantes que como enfermeros tienen que aprender a priorizar, lo prioritario en un paciente siempre es la parte fisiológica, es decir, la parte biológica es lo primero, si una persona está mal fisiológicamente, como resultado todas las esferas se van a comprometer y si ella mejora en su parte fisiológica, mejora en todas sus esferas. ONP2-P3.

En el mismo sentido, les expresó que la parte espiritual, social y la parte educativa, no priman o no son lo primero, a su vez, les refiere que deben entender que a la hora de hacer una valoración, estos aspectos no se constituyen en lo primero que es observado por las enfermeras, lo prioritario es la parte fisiológica,

lo biológico, hace énfasis en que el paciente es “el todo” y hay que mirarlo como “un todo” , es decir, la parte social, espiritual y todo lo de él, pero recordando que no es lo primordial en un paciente. ONP2-P3.

En cuanto a la elaboración de los diagnósticos de enfermería, uno de los participantes manifestó que son algo muy subjetivo, debido a que la formulación tiene una técnica, una manera de hacerlo, al igual que, lo más difícil para el estudiante es identificar la causa y conocer que es lo que debe intervenir para darle solución a la primera parte, es decir, a “lo relacionado con”. Así mismo, en la revisión a los estudiantes de las intervenciones por parte del profesor, se revisa que estén enfocadas a los aspectos que están causando la alteración al paciente para poder darle solución:

“A mí me parece que lo más difícil para uno como estudiante es identificar la causa y saber que uno lo que interviene es la causa para darle como solución a la primera parte, lo relacionado con, (...) Siempre les digo a ellos [a los estudiantes] cuando estamos revisando, siempre las intervenciones las vamos a enfocar a lo que le está causando la alteración al paciente para poder darle solución” E10-P1.

En contraste con los hallazgos de las observaciones no participantes, se evidenció que durante la práctica clínica, un profesor manifestó a los estudiantes que los diagnósticos son una guía que en algunos casos y en situaciones hipotéticas las enfermeras profesionales utilizan. ONP2-P3

En cuanto a la manera como deben ser enseñado durante la práctica clínica la elaboración de los diagnósticos de enfermería, un profesor participante expresó que tanto los estudiantes como la enfermera general, todo el tiempo están pensando en el diagnostico médico, no obstante, se deben observar los problemas que el paciente tiene y que sean competencia de enfermería, a lo que agregó, la importancia de la patología como apoyo para el conocimiento en cuanto a cómo cuidar al paciente, no tomando como un asunto prioritario saber el diagnostico médico, debido a que para cuidar lo que importa son las respuestas humanas a las necesidades o problemas, por tanto hay que relacionarlos con la patología porque para cuidar se debe saber el porqué y para qué:

“Porque es que la patología que tiene es muy importante porque nos apoya mucho, también desde el conocimiento, como manejar o como cuidar al paciente pero no es lo prioritario, saber que diagnóstico tiene porque para cuidar lo que importa son las respuestas humanas a esas necesidades, a esos problemas, ahora que hay que relacionarlos con la patología porque tampoco pues vamos a cuidar sin saber porque ni para qué (...)”GF1-P4.

Por otro lado, un participante expresó que el conocimiento previo a cerca de las enfermedades que padecen los pacientes del servicio objeto de práctica, que en su mayoría son crónicas, orientan tanto al profesor como al estudiante, en cuanto a los posibles diagnósticos de enfermería más comunes que pueden encontrar. En ese mismo sentido, otro participante manifestó que a partir del conocimiento del servicio, se pueden tener las patologías más frecuentes para que cuando al estudiante se le mande hacer el PAE, tenga la oportunidad no solamente de hacerlo sino de “operativizar” bien sea con un mismo paciente, o con otro paciente con una patología asociada, como lo describen el texto significativo: *“Entonces el hecho de uno conocer de uno saber que en ese servicio se va a encontrar pacientes que en su mayoría van a tener enfermedades crónicas, pues a uno le da una idea de cuáles van a ser los posibles diagnósticos de enfermería más comunes (...)”GF1-P1.*

En ese sentido, un participante resaltó la importancia tanto en realizar la programación de la práctica y el conocimiento del servicio por parte del profesor, como tener en cuenta los objetivos y las competencias del semestre, propiciar las herramientas para que el estudiante pueda atender a los pacientes con enfermedades crónicas o un paciente en medicina interna, es decir, que el estudiante no solo tenga la capacidad de practicar procedimientos sino de cuidar los pacientes, porque dentro de ese cuidado él tiene que hacer algunos procedimientos:

“Yo pienso que a la hora de programar la práctica y cuando uno conoce el servicio (---), si lo que dice el profe, no es solamente programar la práctica, sino que este semestre tiene unos objetivos, que los estudiantes tengan las competencias y tenga las herramientas para poder atender a los pacientes con enfermedades crónicas o un paciente en medicina interna” GF1-P4.

En lo concerniente a la integración del PAE durante la práctica clínica, uno de los participantes manifestó que se integra en la valoración, en la cual se identifican unas necesidades y en el momento de revisar la nota para pasarla a la historia, los estudiantes expresan al profesor la necesidad identificada y lo que van a intervenir, se realiza el cuidado al paciente y siempre al final cuando entregan los pacientes, los estudiantes relatan a la enfermera las acciones que hicieron con el paciente y lo que van a hacer para mejorar la necesidad detectada en él, además expresaron, que realmente no se realiza el PAE en la práctica, como lo describe la voz de los participantes:

“Integramos el PAE en la valoración, en la valoración y al final en la entrega, entonces ellas hacen una valoración e identificamos unas las necesidades; cuando ellas identifican las necesidades entonces siempre que estamos revisando la nota (---), pues como para pasarla a la historia, ellas me dicen la necesidad de lo que van a intervenir, hacemos el cuidado con el paciente y siempre al final (---), o sea no lo hacemos” E10-P1.

De forma consecuente, expresó que los estudiantes en la práctica siguiente entregan el PAE que hicieron del paciente anterior, como es solicitado por la institución, es decir, por la universidad, el cual es revisado por el profesor, mientras los estudiantes van haciendo la práctica o en su defecto son leídos por este en la casa, en la revisión el profesor observa la formulación del diagnóstico, las intervenciones y después lo retroalimenta con el estudiante, según lo describe la voz del participante: *“(…) Si revisamos, ellas (---) en la práctica siguiente llevamos el PAE que hicimos del paciente anterior, yo lo reviso... pues mientras ellas van haciendo práctica o me lo llevo, me lo entregan y pues yo me lo llevo para la casa y allá los leo” E10-P1.*

Por último, un profesor expresó, que los cuidados son realizados en forma teórica, pero nunca son aplicados en el paciente, situación que abre una oportunidad de mejora para los profesores, porque está bien que al estudiante se le enseñe la parte académica, pero él aprende más cuando lo operativiza, es decir, si a los estudiantes se le orienta en hacer un ejercicio académico, y después viene otra patología y después otro ejercicio académico, en forma sucesiva, no se aprovecha la oportunidad de que implemente el cuidado con el paciente, como lo describe el siguiente texto significativo: *“Cuando comentabas que esto no se hace sino al final, pues tal vez la percepción sea que se realicen los cuidados en la forma teórica según se investiga pero nunca se aplican al paciente, entonces ahí si hay una clara oportunidad de*

mejora para nosotros, porque está bien que al estudiante se le enseñe esa parte académica, pero uno aprende más cuando lo operativiza (...) GF1-P2.

En ese sentido, otro participante agregó, que se debe cambiar el propósito o la idea en cuanto a que el estudiante va a la práctica a ejecutar procedimientos, en ese caso, se formaría para ser técnico, porque va a practicar procedimientos, razón por la cual, los profesores en primera instancia deben tratar de introyectar que la función de ser como enfermeros es cuidar, y dentro de ese cuidado el estudiante requiere el conocimiento de unos procedimientos.

Además expresó, que el profesional de enfermería, debe tener unas competencias relacionadas con el conocimiento teórico, otras desde la parte humanística del cuidado e interactuar con el paciente, y unas competencias desde la parte técnica, pero no centrarse solo en las competencias técnicas, por tanto los profesores deben enfocarse en esas tres competencias y no solamente en los procedimientos, como se expresa en la voz de los participantes en los textos significativos: “(...) Entonces hay que tratar primero introyectar como profesores que nuestra función de ser como enfermeros es cuidar, dentro de ese cuidado yo necesito saber unos procedimientos (...)” GF1-P4.

“(...) Porque uno tiene que tener unas competencias desde la parte del conocimientos, la parte teórica, unas competencias desde la parte humanística, del cuidado e interactuar con el paciente, y unas competencias desde la parte técnica, pero no solamente la parte técnica, entonces eso es algo en lo que tenemos que enfocarnos mucho como los profesores, que son esas tres competencias y no solamente son los procedimientos” GF1-P4.

Al hacer referencia al pensamiento del enfermero, la investigadora norteamericana Tanner (113), profesora distinguida de la escuela de Enfermería de la Universidad de Portland, Oregón, ha realizado investigaciones alrededor del proceso de pensamiento clínico que las enfermeras llevan a cabo, este, definido por la autora, como el proceso para la elaboración de juicios clínicos durante la práctica clínica.

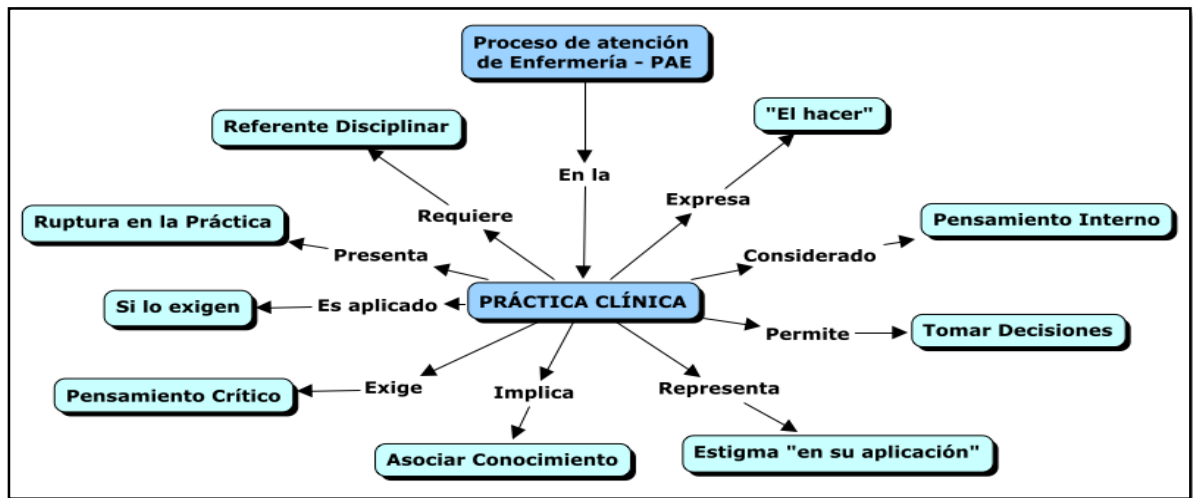


Figura 17. Saber práctico relacionado con el PAE. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En ese sentido, Tanner (113) afirma, que el juicio clínico es la interpretación y conclusión que las enfermeras hacen de las necesidades de los pacientes, sus preocupaciones o problemas de salud, para tomar decisiones relacionadas con las acciones que se deben o no ejecutar, incluye el uso de estándares o las modificaciones a los mismos, con el fin de dar una respuesta apropiada acorde a las necesidades identificadas en el paciente.

Así mismo, define el razonamiento clínico como el proceso por el cual las enfermeras hacen sus juicios clínicos, ambos incluyen el proceso de deliberación para generar alternativas, sopesando la evidencia, identificando patrones de respuesta y eligiendo la intervención más apropiada, refiere además, que hay factores que pueden comprometer el razonamiento clínico, como son el reconocimiento de patrones, la adquisición de una intuición clínica y la elección de alternativas o de intervenciones sin una reflexión evidente (113).

Al respecto, investigadores de la Escuela de Enfermería y Gineco-obstetricia de la Universidad de Newcastle, Australia, evidencian como las enfermeras que desarrollan habilidades de razonamiento clínico tienen un impacto positivo en los resultados de los pacientes, de forma contraria como las enfermeras con un pobre

razonamiento clínico, presentan fallas para detectar e impedir el deterioro de los pacientes, siendo causa además de eventos adversos. Situación que demanda de la educación en enfermería, propiciar el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico (114).

Bajo estas premisas, al centrar la mirada en los resultados de la investigación, se evidencia desde los participantes, una falta de claridad a cerca de la conceptualización del pensamiento enfermero, quienes lo definen como la asociación de la enfermedad con el cuidado de enfermería, la expresión escrita del hacer del enfermero, por medio del proceso de atención de enfermería (PAE), el pensamiento interno que permite el “hacer con conocimiento”, y en el estudiante promueve la toma de decisiones con conocimiento de causa, en pro del beneficio de otro, sin embargo, el PAE según afirma Alfaro (50), es considerado mucho más que una guía para la planificación formal de los cuidados, es la base del razonamiento clínico, concepto que trasciende en su esencia, su concepción como herramienta para documentar el que hacer de las enfermeras.

Cabe anotar, que tanto el pensamiento crítico como el razonamiento clínico, son usados de forma similar o incluso igual al compartir en su definición, algunos principios que los constituyen, afirma la autora (50), como son la observación, el análisis, inferencia, entre otros, no obstante, el razonamiento clínico “es un término específico que se refiere a la valoración y a la gestión de los problemas de las personas en el momento de brindar los cuidados” (50).

Así mismo, los resultados de la investigación evidenciaron que los profesores perciben que los estudiantes llegan a la práctica con un estigma hacia la aplicación del PAE, porque expresan que es algo imposible de aplicar, o que es un proceso para realizar en el papel dependiente de forma exclusiva de los libros Nanda, NIC y NOC, situación que puede relacionarse con los hallazgos de los saberes teóricos del estudiante, donde se evidenció que el aprendizaje del proceso de atención de enfermería en las clases, se lleva a cabo mediante el taller que realiza el profesor del PAE, no obstante, en los saberes teóricos relacionados con los cuidados de enfermería, la elaboración del diagnóstico de enfermería y las intervenciones, no son predominantes en todos los profesores durante la teoría,

por lo tanto, el estudiante llega con un estigma a cerca su estructuración en la práctica clínica.

En la propuesta de modelo de razonamiento clínico presentado por el equipo investigativo de Levett- Jones en Australia (114), los investigadores expresan que la realización de razonamientos clínicos por parte de las enfermeras se lleva a cabo mediante un ciclo de 8 pasos, cada uno de los cuales conjuga habilidades que incluyen: revisar información, interpretar, discriminar, inferir, relatar, predecir, sintetizar, seleccionar entre varias alternativas, evaluar resultados y reflexionar sobre el proceso y el nuevo aprendizaje obtenido, habilidades cuyo aprendizaje debe ser propiciado durante la enseñanza de los saberes teóricos en el aula, enfocados hacia la aplicación del razonamiento clínico en contexto y a la generación del conocimiento tácito de enfermería que solo surge en el enfermero novicio cuando se encuentra inmerso en las situaciones clínicas que demandan el cuidado por parte de la enfermera, según lo refiere Benner (1).

Además, en los resultados de la investigación, se encontró como un hallazgo recurrente, la enseñanza centrada en la enfermedad, debido a que durante las observaciones se evidenció que se enseña por parte del profesor, el saber práctico relacionado con la valoración, iniciando con la primera etapa que es la recolección de la información por medio del conocimiento y la lectura de la historia clínica, donde identifica el diagnóstico médico, las enfermedades de base, los signos y síntomas del paciente y el tratamiento farmacológico que este tiene durante su estancia hospitalaria, situación que propicia una práctica de enfermería dependiente al accionar del médico, y en consecuencia, sin autonomía, dejando en segundo plano la aplicación de razonamientos clínicos por parte de la enfermera, en la medida que se centra en el diagnóstico médico, como base para su actuación práctica.

Al respecto, investigaciones recientes, evidencian como los profesores centran la enseñanza de los saberes durante la práctica clínica, en la identificación de los planes de cuidado de acuerdo a las patologías que se presentan en la práctica, considerado además, como los principales objetos de aprendizaje en los que orientan la enseñanza del cuidado la práctica afirman Mantilla y Pastrana (115), profesoras de la Facultad de Enfermería, Universidad Manuela Beltrán en

Colombia y de Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana.

Si bien Carpenito (78), aborda la práctica de enfermería bifocal, para referirse a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración, es clara en su apreciación, al determinar que estos son complicaciones fisiológicas que hay que supervisar, y que no se deben excluir porque están relacionadas con la enfermedad que la persona ha tenido o con la intervención a la que se ha sometido, por lo tanto, son acciones derivadas de intervenciones de prescripciones médicas.

Por consiguiente, centrar el que hacer de la enfermera solo en los cuidados relacionados con los problemas de colaboración, sitúa el accionar de enfermería en un campo de actuación sometido a las decisiones de otras disciplinas, encaminado a la pérdida de autonomía, de la identidad profesional, en la medida que se pierde la razón de ser de la profesión, que es cuidar, es decir, intervenir la respuestas humanas y las necesidades de los pacientes con base a la valoración clínica que la enfermera realiza.

Conforme con los hallazgos, se evidenció además, una intencionalidad por enseñar la valoración mediante la aplicación de la teoría de las necesidades de Virginia Henderson, no obstante, existe una divergencia entre lo que plantea la aplicación de la teoría y lo realizado durante la práctica, debido a que se enseñan varias formas de hacer la valoración, por sistemas o cefalocaudal, lo que se constituye como un aspecto de libre elección por parte del estudiante y que no es impuesto por el profesor.

A esto se suma, la falta de claridad en relación a la realización de la valoración focalizada, debido a que según los hallazgos desde los participantes, esta se lleva a cabo con base al conocimiento que se tiene a cerca de la enfermedad diagnosticada, además, en el caso del paciente con enfermedad crónica, se incluye la observación de los antecedentes del paciente para ir de forma directa al problema, situación que diverge en su definición, la cual hace referencia a una valoración complementaria que hace la enfermera, con el objetivo de profundizar

en aspectos relacionados con el sistema valorado, y tiene que estar precedida por una valoración completa donde se reúnan los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, según lo manifiesta la enfermera Luis Rodrigo (116).

Así mismo, Alfaro (50) refiere, que la valoración focalizada se realiza como parte de la recolección de la información en la primera fase del PAE, con el fin de controlar aspectos específicos del cuidado, lo cual en el paciente con enfermedad crónica da lugar a la indagación en aspectos relacionados con hábitos que propendan por mejorar la calidad de vida del paciente y la familia, o que propicien en un momento dado la exacerbación de la enfermedad.

Se resalta que la valoración focalizada busca inferir en las repercusiones que la alteración de la salud tiene sobre las actividades de la vida diaria del paciente, lo que le permite a la enfermera emitir un juicio fundamentado sobre la forma en que la persona las lleva a cabo durante su rutina, propiciando en ella, la necesidad o no de realizar una intervención de enfermería, y en el caso de requerirse, tomar la decisión adecuada, afirma la autora (116), que en divergencia con los hallazgos, en la enseñanza de este saber práctico, se toma la valoración focalizada como punto de partida para identificar las necesidades del paciente con base en valorar el órgano o sistema afectado por la enfermedad, sin haber realizado la valoración completa de forma inicial.

Además, la identificación de alteraciones biológicas es considerado por parte de los profesores como el fundamento para llevar a cabo la priorización, donde se enseña cómo saber práctico a priorizar la parte biológica, como principio para generar el bienestar en las otras esferas que hacen parte del ser humano, relevando a un segundo plano la parte espiritual, social y educativa, perspectiva que está bajo la visión de la enfermería particularista, que fracciona la persona y concibe la salud como la ausencia de la enfermedad. El accionar de la enfermera desde esta visión, la lleva a no profundizar en aspectos relacionados con las otras dimensiones humanas o a no considerarlas como relevantes en el momento de valorar el paciente, con el objetivo de identificar los problemas objeto de ser intervenidos.

Cabe señalar, que en el paciente con enfermedad crónica se destaca la importancia de realizar una valoración integral inicial personal y familiar, y establecer una serie de objetivos encaminados a satisfacer las necesidades de salud física(manejo de los síntomas, del tratamiento y control de la enfermedad), psicológicas (proceso de duelo, estrategias de afrontamiento, presencia de ansiedad, estrés, miedo indefensión, aislamiento social) y socioeconómicas (situación laboral y familiar, recursos humanos y materiales necesarios y disponibles), señalan las enfermeras Isla, Rigol y López (117), factores que elevan la importancia de la enseñanza del saber práctico relacionado con la valoración del paciente de manera completa por el estudiante durante la práctica clínica.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (118), resalta la importancia en educar los profesionales de salud durante su formación en aspectos relacionados con la atención de los pacientes con enfermedad crónica, quienes requieren una atención diferente al paciente con enfermedad aguda.

En ese sentido, la formación de los profesionales de salud debe tener implícito saberes que den cuenta de una atención coordinada en el tiempo y centrada en las necesidades del paciente con enfermedad crónica, en sus valores y preferencias. Además, del reconocimiento por parte de los profesionales de salud, de que el paciente con este tipo de enfermedades requiere adquirir conocimientos para el autotratamiento, con el fin de garantizar la prevención de que son predecibles, así mismo, necesitan cuidadores profesionales que comprendan la diferencia entre las enfermedades agudas o episódicas, que se diagnostican y se curan, y las enfermedades crónicas, que exigen tratamientos que pueden durar muchos años, señala la OMS (118).

De igual manera, se evidenció en los hallazgos desde la voz de los participantes, que los diagnósticos de enfermería son considerados subjetivos, debido a la técnica que tiene su formulación, este aspecto es considerado por los profesores en la investigación, como un factor que dificulta su formulación por el estudiante en el momento de hacerlo, enfocado a identificar la causa, es decir, "lo relacionado con" , elemento fundamental para conocer qué es lo que se debe intervenir, lo cual se encuentra en consonancia con los hallazgos de las observaciones, donde se evidenció que durante la práctica clínica, en donde un profesor manifestó a los

estudiantes que los diagnósticos son una guía, no obstante, no son usados por los profesionales de enfermería en todas las ocasiones, o son utilizados en algunas situaciones hipotéticas.

Además, en los hallazgos se evidencio desde los profesores, que el PAE no se realiza en la práctica, y aunque existe una intencionalidad por su integración durante la práctica clínica, esta solo se lleva a cabo mediante la fase de valoración, en la cual se identifican unas necesidades o en el momento de revisar la nota para pasarla a la historia, donde los estudiantes expresan al profesor la necesidad identificada y lo que van a intervenir, sin embargo, durante las observaciones se mostró que no hace parte de los saberes enseñados durante la práctica, las fases del PAE relacionadas con la elaboración del diagnostico de enfermería, la planificación del plan de cuidados y la ejecución del mismo.

Así mismo, los resultados de la investigación desde los participantes evidenciaron que los cuidados son realizados en forma teórica, pero nunca son aplicados en al paciente, situación según lo señalado por los participantes abre una oportunidad de mejora para los profesores, en la medida que al estudiante se le enseñen los saberes teóricos pero se le propicie la aplicación de estos saberes.

Sin embargo, falta claridad por parte de los profesores en cuanto al concepto relacionado con “aplicar el conocimiento”, que centra tanto la formación profesional de la enfermera como la aplicación de conocimientos, en la realización de procedimientos técnicos o en actividades que se alejan de intervenir las necesidades reales que el paciente con enfermedad crónica presenta durante la hospitalización, situación que diverge de los planteamientos epistémicos que proclaman por una formación centrada en un pensamiento de enfermería fundamentado en el reconocimiento de las necesidades que surgen de las respuestas humanas a la pérdida de la salud de la persona en interacción consigo mismo y con el entorno.

A esto se suma, que los resultados de la investigación evidenciaron desde los participantes que para la enseñanza del saber práctico del PAE, los profesores consideran que se debe cambiar el propósito o la idea en cuanto a que el

estudiante va a la práctica a ejecutar procedimientos, debido a que esta perspectiva propicia una formación para ser técnico, porque se centra en practicar procedimientos. Es necesario aclarar, que la formación profesional de la enfermera, tiene implícito un cúmulo de conocimientos tanto de las ciencias básicas como de la disciplina de enfermería, sin embargo, falta claridad por parte de los profesores encargados de la enseñanza de los saberes prácticos, de los conceptos nucleares de la disciplina de enfermería y la manera como se fundamenta el accionar del estudiante cimentado en estos referentes.

Al respecto Medina (119) refiere, en “Practica Educativa y Practica de Cuidados Enfermeros desde una Perspectiva Reflexiva”, que toda práctica social institucionalizada como es la enseñanza práctica de la enfermería debe partir de unas plataformas conceptuales, perspectivas ideológicas o estructuras de racionalidad sobre el cuidado y su enseñanza que la orientan y dan sentido, premisa que se convierte en un llamado a los profesionales de enfermería que ejercen la docencia en fortalecer y cimentar el accionar docente desde las bases disciplinares que fundamentan la profesión.

Ahora bien, puede resultar complejo para el profesor en ocasiones, definir a que situaciones clínicas debe atender para dar prioridad a la enseñanza del cuidado durante la práctica clínica, es así como se orienta el aprendizaje desde las asignaciones dadas a los estudiantes, no obstante, en la búsqueda de los saberes prácticos que deben ser enseñados durante la práctica clínica, es primordial el reconocimiento por parte del profesor de las competencias contempladas en el plan de delegación que marcan la pauta de los objetivos a que se deben propiciar en la enseñanza y que orientan al perfil de la formación profesional del programa.

Es claro además, que no todo puede abarcarse durante la formación inicial, según señala Perrenoud (120), en “Desarrollar la práctica en el oficio de enseñar”, haciendo el señalamiento a cerca de la elección de los saberes que debe hacer el profesor durante la enseñanza en la práctica, por medio de la definición de prioridades desde el punto de vista del principiante, basándose en un análisis de las situaciones profesionales más comunes y dirigiendo la formación inicial a los aspectos esenciales, señala el autor (120), lo que confiere al profesor de enfermería durante la práctica clínica la determinación de las situaciones clínicas

que propicien en el estudiante, el aprendizaje de habilidades relacionadas con el juicio clínico por medio de la interacción con el paciente, que lo conduzcan a formar los pilares para la elaboración de juicios clínicos que son los cimientos de su actuación profesional.

Para ello, es necesario que los profesores de enfermería tengan una claridad conceptual a cerca de las bases disciplinares de la profesión, que según hallazgos de la investigación, no se hace visible. Si bien se debe de enseñar que la función de ser como enfermeros es cuidar, toma relevancia considerar que dentro de ese cuidado el estudiante requiere el conocimiento de algunos procedimientos, por lo tanto, se deben integrar en la formación las competencias relacionadas con: el conocimiento teórico, con la parte humanística del cuidado, de interacción con el paciente, y unas competencias desde la parte técnica, pero no centrarse solo en estas últimas.

La validez y relevancia de tener una claridad conceptual disciplinar como parte del conocimiento tácito del profesor de enfermería, se fundamenta en la manera como conceptualiza los saberes que hacen parte de la enseñanza y que son el eje de su actuar docente, además que se constituyen en el hilo conductor mediante el cual los futuros profesionales en formación van a comprender y aprender el cuidado.

Al respecto Medina (119), resalta que la importancia que tiene en los profesionales de enfermería, llevar a cabo la reflexión de la imagen de la enfermera y de la naturaleza que tiene la práctica del cuidado, estos dos aspectos son fundamentales porque “de ellos dependerá, en cierto modo, la conceptualización de la función de la enfermera docente/tutora de prácticas y por extensión sus perfiles y requerimientos formativos” (119).

El “que enseña” desde la práctica presenta características que fundamentan la enseñanza en la perspectiva de la racionalidad técnica centrada en la enfermedad y alrededor de la realización de los procedimientos y actividades que surgen del diagnóstico y el tratamiento que tiene el paciente con enfermedad crónica durante su estancia hospitalaria. Esta mirada, ubica la práctica del profesor bajo la visión de enfermería determinista que si bien atiende necesidades del paciente, se

encuentra sujeta a la separación de la persona de las respuestas humanas sociales, psicológicas, espirituales y familiares.

Ahora bien, existen aspectos que propenden por la enseñanza de un cuidado integral en el paciente, no obstante, la falta de claridad en los profesores en factores relacionados en primer lugar con lo que se entiende por “el hacer” de la enfermera, centrado en procedimientos y no en la elaboración de juicios clínicos para la planeación de las intervenciones de enfermería. En segundo lugar, en la falta de unificación de criterios para la enseñanza del proceso de atención de enfermería (PAE), como herramienta metodológica para propiciar razonamiento clínico en los estudiantes.

La comprensión de los núcleos básicos epistemológicos de la disciplina por parte de los profesores, toma un nivel de supremacía sobre el conjunto de conocimientos que constituyen su “conocimiento base” para la enseñanza, debido a que delimita el campo de acción tanto de su ejercicio docente en la práctica, como en la manera de llevar a cabo las intervenciones de cuidado en el momento de la atención del paciente con enfermedad crónica en la práctica clínica, lo que se constituye según Siles (30), como uno de los principales desafíos que tiene pendiente la enfermería, en cuanto a la consolidación profesional y científica, vinculada a la “indefinición epistemológica y a la adopción de métodos que contradicen la esencia del objeto de la disciplina” (30).

Desde este nivel de representación se derivan los saberes que van ser enseñados y los métodos que utiliza el profesor para llevar a cabo este proceso de enseñanza aprendizaje, por lo cual a continuación se presentan los hallazgos sobre “como enseña” el profesor los saberes prácticos durante la práctica.

6.1.3.2 “Como enseña” el profesor el saber práctico

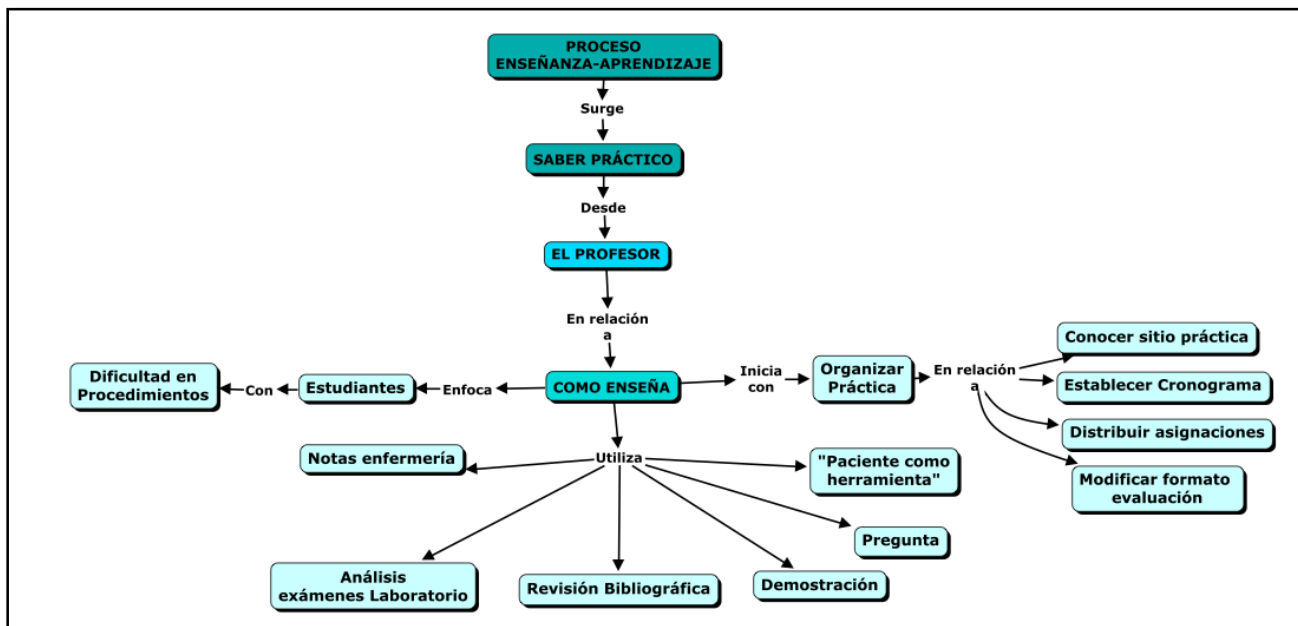


Figura 18. “Como enseña” el profesor los saberes prácticos. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En lo relacionado con el inicio de la práctica, un participante manifestó que tuvo que conocer el sitio donde iba a estar con los estudiantes, para lo cual visitó la institución y el servicio antes de empezar la rotación, habló con las enfermeras del servicio y les preguntó a cerca de las principales patologías y las edades que presentaban los pacientes, al igual, que procedimientos se realizaban para empezar a identificar las oportunidades de aprendizaje con los estudiantes, es decir, planear el aprovechamiento del tiempo, que seminarios o que actividades educativas se pueden programar para fortalecer el conocimiento:

“Tuve que conocer, el sitio donde iba a estar con los estudiantes, entonces antes de empezar la rotación con ellos, visite la institución, visite el servicio, hable con las enfermeras del servicio, le pregunte cuales eran las principales patologías, cuáles eran pues como las edades las que estaban los pacientes, que procedimientos realizaban en ese servicio (...) E10-P1.

En ese sentido, los participantes manifestaron que inician la práctica primero conociendo cuál es el grupo que va para la práctica, con el objetivo de establecer el cronograma, el cual es de conocimiento de los estudiantes días antes del inicio de la rotación, lo que les permite tener una idea de lo que van hacer en el lugar, con las actividades y la distribución de las asignaciones. Hace parte también de la planeación de la práctica la revisión y modificación del formato de evaluación de acuerdo a las necesidades del semestre, como se describe a continuación:

“Para empezar, primero conociendo cuál es el grupo que va para la práctica, eso es lo principal para mi, cuantos estudiantes son para establecer el cronograma, es de conocimiento de los estudiantes, ellos también deben conocerlo muchos días antes de la práctica para que ellos sepan también lo que van hacer allá”. E7-P3.

En cuanto a la manera como son enseñados los saberes prácticos, uno de los participantes manifestó que durante la práctica utiliza el paciente como una herramienta de aprendizaje, debido a que en el aula se enseñan los procedimientos de forma perfecta en un muñeco que es un simulador, no siendo este un paciente real, a lo que adiciona que para hacer un examen físico se debe tocar al paciente, mirarlo y auscultarlo:

“Yo utilizo los pacientes como una herramienta de aprendizaje, por lo menos en mi practica es así” E7-P3, acá enseñamos nosotros [en el aula] a hacer un sondaje vesical, un cateterismo vesical con una sonda nelaton para evaluación perfectamente en un muñeco que es un simulador, ni siquiera es un todo sino la zona genital, es el simulador, no es un paciente real, para hacer un examen físico, hay que tocar al paciente, hay que mirar al paciente, hay que auscultarlo, hay que hacer todo eso” E7-P3.

Así mismo, manifestaron que enseñan los saberes prácticos por medio de la revisión bibliográfica que tienen planteada, en esta, los estudiantes tienen claridad acerca de los temas que deben revisar antes de llegar a la práctica, a su vez, agregaron que ésta no es una cátedra, al contrario, es algo muy práctico, donde cada uno hace una revisión con el objetivo de construir el conocimiento a partir de lo que se sabe y propiciar el aprendizaje para todos:

“Lo otro es que con la revisión de los temas bibliográficos que tenemos planteados ellos también tienen muy claro que deben revisar previamente el tema antes de llegar esa revisión, (...) no es una cátedra que pues, no... es algo muy práctico cada uno lo revisa y

es como yo les digo construir el conocimiento, es usted que sabe, yo que sé y a partir de ahí que aprendemos” E10-P1.

De igual manera, agregaron que en la revisión bibliográfica realizan la integración del PAE, es decir, van estudiando la enfermedad o el tema específico, y a la vez, el profesor enseña pequeños tips de la teoría que se tiene: *“Y de una vez miramos ahí [en la revisión bibliográfica], la integración del PAE, el proceso enfermería no, o sea vamos mirando la enfermedad, o el tema en específico, y de una le voy metiendo pues pequeños tips de la teoría que tenemos” E7-P3.*

En contraste con lo expresado por los participantes en las entrevistas, durante las observaciones se evidenció que al finalizar la revisión bibliográfica, los cuidados de enfermería expuestos, están orientados a realizar intervenciones desde el diagnóstico médico y de la manifestación de los síntomas descritos en la revisión bibliográfica del tema expuesto, el profesor complementa los cuidados de enfermería expuestos por el estudiante, sin embargo, no se hace la corrección de los diagnósticos de enfermería presentados, también se observó que no se realiza un análisis desde las necesidades alteradas en el paciente o en algunas revisiones falta presentar la elaboración de los diagnósticos enfermería, solo se enuncia una lista de cuidados. *ONP8-INV - ONP6-INV.*

Además, en las observaciones se evidenció que el profesor para enseñar en la práctica, toma exámenes de laboratorio como resultados de gases arteriales y ayudas diagnósticas de pacientes para enseñar al estudiante, a su vez, les explicó como se hace la identificación de alteraciones en un electrocardiograma. *ONP5-INV.*

Otro método observado para enseñar el saber práctico, es la demostración por parte del profesor al estudiante, quien le pregunta mientras ausculta un paciente por los ruidos que escucha, el profesor que se encuentra en la parte contraria a la cama del paciente, se acerca a la estudiante, se pone el fonendoscopio y procede realizar la auscultación a la paciente, a quien le pide que respire por la nariz, de

igual manera se observó que el profesor participa en los procedimientos que el estudiante va a realizar con el paciente. *ONP7-INV - ONP3-INV.*

En contraste con lo observado, un participante manifestó que se enfoca más en los estudiantes que tienen una dificultad muy grande, es decir, en aquellos que no saben hacer un procedimiento o que lo hacen sin toda la técnica aséptica, o los que tienen deficiencia de conocimientos en cualquier tema, como lo describe en el texto significativo: *"Me enfrasco más en aquellos que tienen una dificultad enorme, una dificultad muy grande, aquellos que no saben hacer un procedimiento, o que lo hacen sin toda la técnica aséptica, o aquellos que tienen deficiencia de conocimientos de cualquier tema" E7-P3.*

Otra estrategia utilizada por los profesores en la práctica para la enseñanza del saber práctico, es por medio de la pregunta, cuando identifican que el estudiante "esta flojo", es decir, que no responde a tiempo o de la manera que debe ser, a lo que se suma, la investigación, que el estudiante investigue un tema específico antes de ir a cada práctica, tema que es asignado a cada uno: *"Si yo veo que esta flojo el estudiante, que no me responde a tiempo, que no me responde de la manera que debe ser, entonces yo le comienzo a hacer preguntas" E7-P3.*

Además, se observó que el profesor utiliza la pregunta para indagar el conocimiento que el estudiante tiene a cerca de los medicamentos, cuestionando que tipo de medicamento es, que hace, que precauciones debe tener antes de hacer la administración. *ONP1-P3.*

Otro método observado para la enseñanza del saber práctico, es la corrección de las notas de enfermería por parte del profesor, tanto de los estudiantes que tienen la asignación de cuidado integral, como de quienes realizan procedimientos, revisando los registros de medicamentos aplicados, las notas de seguridad y el diligenciamiento de las diferentes escalas de valoración estipuladas por la institución objeto de la práctica académica. *ONP7-INV.*

Para realizar el análisis del proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes de enfermería, se parte de la definición planteada por Benner (107), quien define que el aprendizaje experiencial es aquel que se aprende a partir de la experiencia de cuidado de los pacientes, a la vez, afirma que el aprendizaje situado, es aquel que se lleva a cabo cuando el estudiante aprende de situaciones específicas de pacientes específicos, considerado como característico de la educación en enfermería y el fundamento de la educación en contexto, debido a que los estudiantes en principio aprenden las situaciones de cuidado a partir de casos clínicos en el aula o de la manipulación de simuladores en el laboratorio, lo que no permite identificar por parte del estudiante aspectos relacionados con la ansiedad, la obesidad, la movilidad o inmovilidad en un paciente real, afirma la autora (107).

En ese sentido, al centrar la mirada en los hallazgos de la investigación, se evidenció que los profesores reconocen en el paciente una herramienta de aprendizaje, debido a que en el aula se enseñan los procedimientos de forma perfecta en un simulador, no en un paciente real, además, porque permite hacer el examen físico, tocar al paciente, mirarlo y auscultarlo.

En este punto, se resalta la importancia de llevar a cabo la valoración del paciente de forma guiada durante la práctica clínica, en la medida que permita trascender la valoración del paciente centrada solo en la realización del examen físico y permita valorar los aspectos subjetivos que hacen parte de las dimensión social, emocional y espiritual del paciente hospitalizado, y que solo se logra a partir de la comunicación con el paciente, de la relación que el estudiante estable con él y con la familia.

Este nivel de relación, permite trascender la visión de enfermería particularista o determinista, propia del paradigma técnico racional, donde se concibe el ser humano como un ser fraccionado, pasivo, que solo responde a los estímulos que proceden del entorno y donde el accionar de enfermería solo se centra en intervenciones específicas, medibles por medio de taxonomías, diagnósticos y el resultados de las intervenciones realizadas (49).

Se propone entonces un nivel de trascendencia, enfocado hacia una visión de enfermería integrativa, que perciba la persona como ser holístico, que interactúa con el entorno y donde las acciones de la enfermera están orientadas a satisfacer las necesidades de cuidado del paciente, a la vez, que está en concordancia con la aplicación de la teoría de las necesidades de Virginia Henderson propuesta por el programa para la valoración de los pacientes y la planeación del cuidado.

Otro hallazgo evidenciado en la investigación, está relacionado con la revisión bibliográfica, la cual permite al estudiante revisar un tema antes de llegar a la práctica, si bien es considerada por los participantes como un método para la construcción del conocimiento a partir de lo que el estudiante sabe, es considerado un método que ubica al estudiante en un rol pasivo, debido a que no demanda una participación activa de él, durante la práctica, y no garantiza que los objetivos planeados sean logrados a través de las lecturas realizadas, afirma la enfermera Young (121), jefe del Departamento del Colegio de Enfermería William Paterson en Nueva York.

Además, los resultados de la investigación evidenciaron durante las observaciones, que la revisión bibliográfica es considerada por los profesores como el método para la integración del proceso de atención de enfermería (PAE), en la medida que le permite al estudiante estudiar la enfermedad o el tema específico que le es asignado para ser complementado por el profesor, situación que no favorece en el estudiante el aprendizaje situado que refiere Benner (107), que solo es propicio en la relación directa con el paciente, y es dependiente del ambiente, según Dunne (122), citado por Benner, donde la realimentación sobre el desempeño enriquece las oportunidades para articular y reflexionar sobre las experiencias que son planeadas de forma deliberada.

Solo a partir de este proceso de reflexión consiente y deliberado, se propicia el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y razonamiento clínico en contexto, lo cual es determinante en el estudiante de enfermería, considerado por Benner (1) como enfermero novicio o principiante, debido a que su conocimiento en principio, está centrado en los conceptos que aprende de la teoría desde los libros y no está familiarizado con las situaciones clínicas de manera global, lo que le dificulta la identificación de aspectos que son considerados claves para la

clasificación de las prioridades que surgen de las necesidades de los pacientes frente a la enfermedad y su experiencia alrededor del proceso de hospitalización.

Al respecto, Shön (109) afirma, que el conocimiento en la acción es dinámico, mientras que los hechos, los procedimientos, las reglas y las teorías son estáticos, donde la actividad de conocer sugiere la cualidad dinámica del conocer en la acción, la cual, cuando es descrita por el estudiante, se convierte en conocimiento en la acción. Por lo tanto, toma importancia, la aplicación de métodos de enseñanza de los saberes prácticos, que propicien en el estudiante su accionar en relación directa con el paciente asignado, la familia en la situación clínica durante la sesión de práctica clínica y no fuera de ella.

Así mismo, los resultados de la investigación evidenciaron que otra estrategia utilizada por los profesores en la práctica para la enseñanza del saber práctico, es la pregunta, cuando identifican que el estudiante “esta flojo”, es decir, no responde a tiempo o de la manera que debe ser, que en contraste con las observaciones es utilizada para indagar el conocimiento que el estudiante tiene a cerca de los medicamentos antes de su administración.

En ese sentido, Young (121) refiere, que este método permite valorar la comprensión del estudiante a cerca del tema indagado, dan lugar a un proceso de pensamiento efectivo y propician en el estudiante como usar el conocimiento, favorece el aprendizaje activo, debido a que el estudiante para buscar las respuestas debe procesar la información, evaluar las ideas correctas, especular acerca de lo que está pasando y descubrir como elaborar una respuesta por ellos mismos.

Sin embargo, en los hallazgos de la investigación, este método solo es utilizado para indagar a cerca de la manera como el estudiante va a llevar a cabo acciones centradas en “el hacer”, en la ejecución de procedimientos o en la administración de medicamentos, pocas veces es utilizada para la validación de las intervenciones de enfermería que van a ser llevadas a cabo durante la sesión de la práctica diaria.

Ahora bien, hablar del “como enseña” el profesor los saberes prácticos durante la práctica, va mucho más allá de comprender los métodos utilizados por él para llevar a cabo la enseñanza en este escenario, es necesario analizar aspectos relacionados con su accionar, y en consecuencia, las relaciones que establece con el estudiante, el paciente y el equipo de salud, lo cual es determinante para propiciar el aprendizaje del estudiante en contexto.

En ese sentido, el “como enseña” el profesor está influenciado en primer lugar, por un accionar estratégico que gira en torno a la realización de actividades y los procedimientos de los pacientes que son asignados a los estudiantes durante la práctica, situación que según Habermas (51), genera un nivel de comunicación orientado al logro de los objetivos, donde predominan los intereses unilaterales de una de una de las partes involucradas en el proceso comunicativo.

En este punto, se rescata la importancia que requiere hablar de la comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje, a partir del rol de profesor, en la medida que a través de ella se propician los aprendizajes de los estudiantes y en cierta forma, se convierte en un determinante de los métodos que el profesor utiliza para llevar a cabo este proceso durante la práctica clínica.

Al respecto Medina refiere, que “la clave de la buena docencia no consiste únicamente en saber transmitir la información de manera adecuada, sino que tiene que ver con la habilidad de recrear ambientes formativos que fomenten la autonomía de los estudiantes en su propio proceso de aprendizaje” (123), el cual señala el autor, implica de parte del profesor posibilitar el aprendizaje, para lo cual debe conseguir que los estudiantes perciban al profesor como alguien ante el cual sientan la libertad y oportunidad de aprender, afirma el autor (123).

Solo en ese sentido, en el proceso de enseñanza aprendizaje es posible un ambiente de comunicación mediada por el diálogo reflexivo, al debate y la deliberación, experiencia que solo es posible por medio de la interacción comunicativa que el profesor lleva a cabo con el estudiante, señala Medina (123), donde el diálogo se convierte en una reflexión común sobre el sentido del

acontecimiento, mediante la profundización en la experiencia vivida por profesores y estudiantes, por medio de hablar, generar cuestiones y compartir posibilidades de interpretación, que da lugar a la interacción de los significados que se producen en él (123).

En síntesis, en “como enseña”, se evidenciaron diversos métodos que el profesor utiliza para llevar a cabo la enseñanza de los saberes prácticos durante la práctica clínica, no obstante, el accionar del profesor gira en torno de la consecución de los objetivos de la práctica, enfocados al cumplimiento de las actividades que surgen del tratamiento de la enfermedad, no centrados de forma específica en las necesidades del paciente frente a las respuestas humanas derivadas al afrontamiento de la pérdida de la salud y a la hospitalización.

Aunque hay una intencionalidad por parte de los profesores participantes en el uso de métodos que propician el procesamiento de información y el análisis en los estudiantes, como lo son la pregunta o la búsqueda bibliográfica, no tienen un predominio por la reflexión en la acción que dé lugar al diálogo entre profesor-estudiante en la búsqueda de una construcción conjunta de significados relacionados con la experiencia que ambos tienen hacia el cuidado y de la interacción que surge con la persona sujeto y con los miembros del equipo de salud, actuación que centra la enseñanza en el nivel de entrenamiento de los estudiantes novicios en las técnicas de procedimientos y habilidades que lo llevarán a mostrarse como enfermero eficaz en la tarea asistencial, según lo describe Medina (119).

6.1.3.3 Como evalúa el profesor los saberes prácticos

En lo relacionado con la evaluación de los saberes prácticos, los participantes manifestaron que es lo más complicado del proceso, consideraron la asignación de la nota como un asunto muy complejo, debido a que el profesor debe transformar en un valor numérico todas las cualidades del estudiante, situación, que le genera en ocasiones conflicto cuando siente “apego” hacia el estudiante:

“La evaluación es lo más complejo, es lo más complicado del proceso, la nota es algo también bien complejo porque es como debes transformar en algo numérico todas esas

cualidades del estudiante, (...) muchas veces hay conflicto no solamente conflicto acá (señala el corazón) en la parte de transformar esas cualidades en nota en una nota numérica, sino que te apegas a tu estudiante” E7-P3.

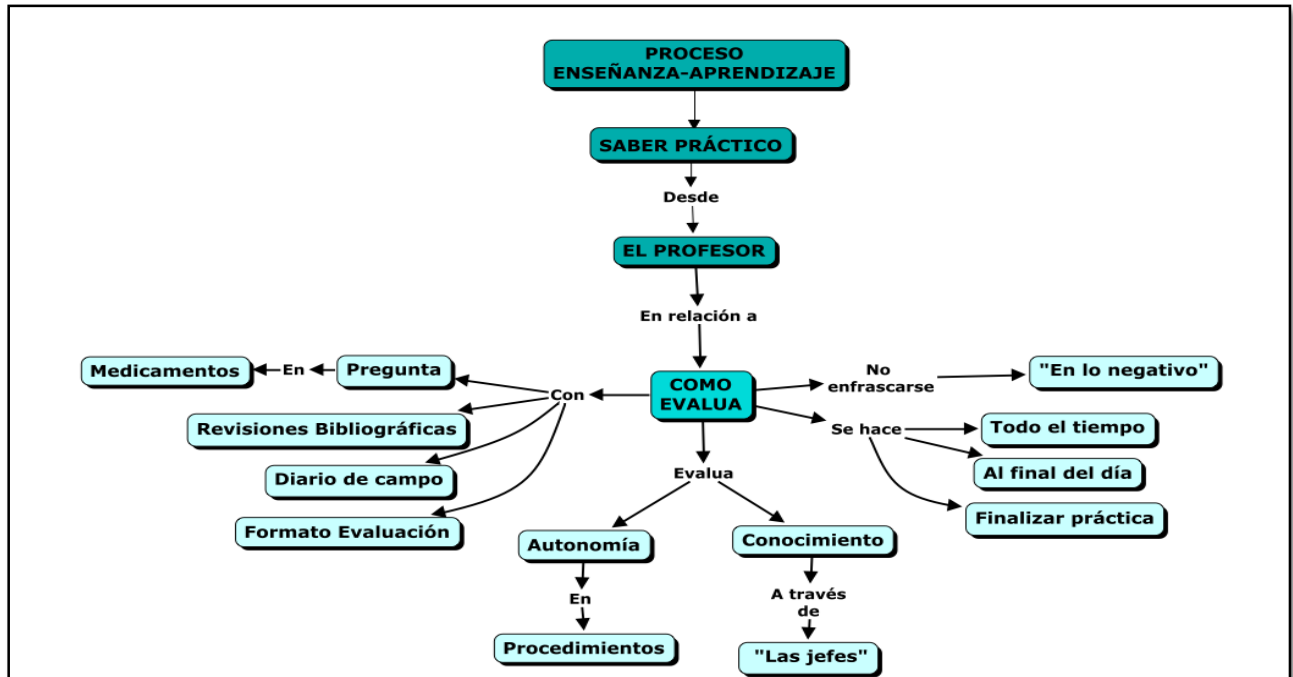


Figura 19. “Como evalúa” el profesor los saberes prácticos. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En ese mismo sentido, expresaron que la evaluación da lugar a que el profesor se evalúe también y determine si está siendo objetivo, en caso contrario, tiene que reevaluarse y replantear la manera como está liderando y que lo lleva a perder la objetividad, debido a que siente que tiene responsabilidad con los pacientes que van a ser cuidados por ese estudiante en el futuro, le permite identificar además, como mejorar los métodos utilizados y si estos son bien recibidos por el estudiante:

“ Yo evalúo y miro que no soy objetivo, tengo que reevaluarme y replantear y ver como estoy yo liderando y como pierdo la objetividad, es de verdad ser responsable con esos pacientes que futuramente van a ser cuidados por esa persona, mirar si de verdad el proceso de aprendizaje se está cumpliendo o no se está cumpliendo” E7-P3.

En cuanto los saberes prácticos que hacen parte de la evaluación, los participantes manifestaron que en la práctica tienen muy claro que se debe evaluar los conocimientos dados con antelación en la universidad a cerca del cuidado al paciente con enfermedad crónica, al igual, que todo lo que el estudiante hace desde la llegada al servicio hasta que sale, tanto en la realización de procedimiento como en todos los procesos, como lo describen los textos significativos: *“En esta práctica yo pienso que es muy, a ver es muy claro para lo que se debe evaluar, entonces si vamos a cuidar, el paciente crónico, entonces ellos tienen unos conocimientos que se les dieron previamente acá en la universidad, que ella si haya revisado eso” E10-P1.*

“Como hacen ellos desde la llegada al servicio, hasta la salida, el lavado de manos, como cogen la bandeja, como se ponen unos guantes, todos los procesos” E7-P3.

De forma consecuente, expresaron que en los saberes prácticos se evalúa el conocimiento teórico, siendo este aspecto el de mayor valor, es decir, que el estudiante conozca la razón de ser de un procedimiento o de la aplicación de un medicamento, a lo que se suma, el saber que el estudiante trae de semestres anteriores, es decir, la integración de todos los conocimientos, lo que permite al profesor tener fundamentos de la evolución del estudiante, como lo describe el texto significativo:

“En la práctica también se evalúa lo que es el conocimiento, el conocimiento teórico y eso es lo que más vale, que ellos sepan el porqué de un sondaje nasogástrico, porque de un medicamento, que tiene el estudiante o que trae de semestres anteriores, junto con los de este semestre, es la integración de todos los conocimientos. E7-P3.

De otro lado, un participante expresó que se evalúa la responsabilidad del estudiante, más que los conocimientos, es decir, el compromiso que tiene frente a la práctica y a la formación, el cumplimiento que le da a las tareas y las ganas que le pone a aprender:

"Como la responsabilidad del estudiante, más que de conocimientos (---), o sea más que de llegar a evaluarle que conocimientos tiene me parece más, yo les evaluó más ese compromiso que ellos tienen frente a la práctica y frente a la formación, el cumplimiento que les dan a las tareas, las ganas que les ponen ellas a aprender" E10-P1.

Al hacer referencia a la manera de evaluar los saberes prácticos, los participantes manifestaron que se asignan unas tareas, por tanto se evalúa el cumplimiento de estas, es decir el cumplimiento a los compromisos adquiridos, agregando, el quiz escrito a cerca de los temas estudiados en la práctica, la evaluación del conocimiento a través de un tercero, a través de los "jefes del servicio", quienes informan al profesor a cerca del desempeño del estudiante cuando está en la asignación de liderazgo, expresado en la voz de los participantes: *"Ponemos unas tareas, entonces ¿que evaluó? el cumplimiento de las tareas porque entonces también les digo: si estamos adquiriendo unos compromisos tenemos que responder a esos compromisos que se adquieren" E10-P1.*

Otra manera de evaluar el saber práctico es por medio de revisiones de teoría en las revisiones bibliográficas que hace el estudiante, donde el profesor verifica el conocimiento, si el estudiante investigó, como se desenvuelve, si toma la palabra, aspectos que le dan a entender al profesor que ha leído el tema: *"Con revisiones de teoría en las revisiones bibliográficas que ellos ya deben tener, entonces miro si ellos saben, si ellos al menos investigaron, como se desenvuelven, si toman la palabra mucho o si están muy callados ellos me dan a entender que ni siquiera leyeron nada, en esa parte la evaluó" E7-P3.*

Otro método para el evaluar el saber práctico, según lo relatado por un participante, es por medio de la observación del profesor sin hacer ninguna intervención, de esta manera evalúa la autonomía y si el estudiante tiene la capacidad de hacer las cosas solo o en su defecto siente temor hacia la independencia, de igual manera, se hacen preguntas alrededor de cuestionamientos no resueltos en días de práctica previos o acerca de aspectos descritos en la nota de enfermería:

"Quedo ahí de observador completo, yo no intervengo, ahí estoy evaluando la autonomía que yo tengo, si son capaces de hacer las cosas solos, o si todavía les da miedo la

independencia, (...) también yo les pregunto, a veces les hago un cuestionamiento cualquiera y no me respondió, al día siguiente vuelvo y le hago el mismo cuestionamiento"
E7-P3.

Así mismo, agregó que el saber práctico se evalúa según el formato de evaluación, siendo este una guía que describe el ser, aspecto que incluye el convivir, además, el conocer y el hacer, de igual manera, el profesor evalúa la capacidad de compromiso y liderazgo que tiene un estudiante y el respeto, por medio de la valoración de aspectos positivos y negativos, teniendo en cuenta que en ocasiones el aspecto positivo demuestra que el estudiante tuvo un logro y alcanzó un grado de mejoría ante ese aspecto negativo, es decir, la evaluación no debe "enfascarse" únicamente en lo negativo:

"Nosotros evaluamos según el formato de evaluación, yo me apego mucho al formato que tenemos porque igual esa es la guía, tu evalúas el ser, el conocer y el hacer, uno evalúa también el convivir, pero todo eso yo lo meto en el ser, entonces que se evalúa, por lo menos yo evalúo la capacidad de compromiso que tenga una persona, el respeto que tenga, la capacidad de liderazgo que tenga (...)" E7-P3

Con respecto al momento para llevar a cabo la evaluación de los saberes prácticos, los participantes expresaron que aunque toda la práctica está en evaluación, porque es un proceso de enseñanza pero también de evaluación, tratan de no hacerlo al finalizar la práctica sino de hacer la evaluación con el estudiante todos los días al finalizar la práctica de modo informal, a cerca de la manera como se siente en la práctica y lo sucedido hasta el momento, es decir, haciendo una interpretación de la forma como están entregando el paciente:

"Yo trato de que por lo menos no evaluar al finalizar la práctica sino ir evaluando, hacer la evaluación con ellas diario, pues de que como se sintieron, de que ha pasado, esa evaluación que pues que uno hace como al finalizar el día digamos, que es un poquito más informal, no es de llegar y preguntarles a ellas que les pareció la práctica, sino de interpretar al momento como están entregando el paciente" E10-P1.

A la vez, expresaron que otro momento donde se evalúa el saber práctico es durante la entrega del paciente, donde se valora cual fue el desempeño del estudiante, cuáles fueron las acciones, como se hicieron los registros y la

oportunidad de hacer las cosas con los pacientes: *“Al momento de entregar por decir (---), que estén entregándose el paciente, entonces cual fue su desempeño, cuáles fueron las acciones, como fueron los registros, cual fue la oportunidad de ellas en hacer las cosas con los pacientes” E10-P1.*

Además, manifestaron que hacen una evaluación al finalizar la práctica que incluye la valoración a cerca de como se sintió el estudiante, que se debe mejorar, que sugerencias tiene para mejorar tanto la práctica como la metodología de la misma, al igual que se evalúa el sitio de práctica y el desempeño del profesor:

“Al finalizar la práctica hago una evaluación de la práctica, de cómo se sintieron en la práctica, que tenemos por mejorar, que sugerencia hay, evaluar el sitio de práctica, el desempeño pues como de uno, que sugerencias tienen para el sitio, para la práctica, para la metodología de la práctica” E10-P1.

Hace parte de la evaluación, el diligenciamiento del diario de campo, el cual fue definido por los participantes como formato entregado por el profesor que describe las actividades planeadas, la observación y la evaluación efectuada por el estudiante, además del registro de las actividades realizadas con el paciente, en las observaciones se asienta la opinión que tiene acerca de la práctica o del profesor, en la autoevaluación debe describir los aspectos que identificó para mejorar y hacer un compromiso, esta actividad es efectuada durante el transcurso del día de práctica, como lo describe el texto significativo:

“Es un formato que yo les tengo, acá una hojita que dice actividades planeadas, evaluación y observación, escriben que hoy pudieron realizar comunicación con el paciente o que tal cosa, (---), y en las observaciones colocan como les parece la práctica, como les parece el profesor, ellos [los estudiantes] planean durante el transcurso del día, en cualquier horita, algunos en la habitación del paciente sacan el formatico (...)” E7- P3.

Para finalizar, los participantes manifestaron que el diario de campo no es solicitado todos los días, en ocasiones se puede requerir en el cúmulo de las semanas o al finalizar la rotación, lo que permite valorar por parte del profesor el compromiso del estudiante, como lo describen en el siguiente texto:

“Tampoco voy a decir que todos los días se los pido no, entonces puede pasar esta semana, la otra semana y el martes de la otra semana que terminamos la práctica (...), Ve tráigame los diarios de campo de esta semana y de la semana pasada, que se supone que los deben tener listo y ahí uno también mira el compromiso de ellos” E10-P1.

La evaluación de los saberes es una parte fundamental dentro del proceso enseñanza aprendizaje, y dentro de la práctica clínica constituye una actividad que permite el desarrollo por parte del profesor, afirman las enfermeras investigadoras Gaberson, Jefe del Departamento de Educación en Enfermería de la Universidad de Sheperd en Virginia, y la Dra. Oerman Marylin, enfermera y profesora del Colegio de Enfermería del Wayne State University, en Detroit (124), quienes señalan que en su realización, están implícitos los propósitos que la evaluación tiene. En primer lugar, en cuanto a la evaluación formativa, permite al profesor monitorear el progreso de los estudiantes hacia el logro de los resultados inicialmente planteados, demostrando las competencias durante la práctica clínica.

En segundo lugar, refieren las autoras (124), que la evaluación sumativa debe hacerse al final del proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica, la cual, provee las bases para determinar o certificar el logro de las competencias en el estudiante. Ambos tipos de evaluación precisan lo que ha sido aprendido o lo que se requiere aprender.

En ese sentido, al referir los resultados de la investigación desde la voz de los participantes, se evidencia que los profesores consideran la evaluación como la parte más complicada del proceso enseñanza aprendizaje, en la medida que al realizar la evaluación sumativa, deben transformar en un valor numérico todas las cualidades del estudiante, situación que está en concordancia con lo descrito por Gaberson y Oerman (124), quienes describen que es difícil resumir en la evaluación, el desempeño del estudiante durante la práctica clínica en términos simbólicos representados por grados ó datos numéricos.

Así mismo, se evidencia en los hallazgos de la investigación, una fortaleza en los profesores al percibir en la evaluación un medio para valorar la calidad de la docencia, debido a que les permite identificar la objetividad en el proceso, mejorar

los métodos utilizados y si estos son bien recibidos por los estudiantes, y en caso contrario, poder re-evaluarse y replantear la manera como están liderando el proceso de enseñanza aprendizaje, y aunque este aspecto no es un indicador único en la calidad de la enseñanza, es considerado por autores como Ochoa (39), Tobón (103) y Brown y Glasner (104), un factor relevante para valorar su calidad.

Sin embargo, aunque los hallazgos evidenciaron un reconocimiento de los profesores de la importancia que tiene la evaluación en el proceso de enseñanza aprendizaje, existen desencuentros relacionados con los saberes que son evaluados durante la práctica clínica.

En primera instancia, los profesores evalúan los conocimientos dados con antelación en la universidad a cerca del cuidado al paciente con enfermedad crónica, es decir, evalúan el conocimiento teórico, no obstante, esta evaluación está centrada en que el estudiante conozca la razón de ser de los procedimientos o de la aplicación de medicamentos, además de los saberes relacionados el lavado de manos, como debe o no tomar la bandeja el estudiante, o calzarse los guantes, situación que ubica la valoración del conocimiento por parte del profesor, en la adquisición de habilidades para la realización de actividades y procedimientos, no en aspectos que den cuenta del cuidado como eje del accionar del estudiante en la práctica clínica.

Hallazgos que están en concordación con resultados de investigación recientes realizados por Mantilla y Gutiérrez (115), quienes describen como en la enseñanza aprendizaje del cuidado en la práctica se centra en realizar el manejo de registros, la administración de medicamentos y el aprendizaje de procedimientos pero no explícitamente en el concepto de cuidado, para orientar la práctica o fundamentarla desde las bases epistemológicas de la disciplina de enfermería.

En segundo lugar, otro punto de desencuentro al realizar la evaluación durante la práctica clínica, está relacionado con evaluar los saberes teóricos en las revisiones bibliográficas que hace el estudiante, debido a que no propicia la

evaluación de la aplicación práctica del cuidado desde las bases disciplinares, que dirijan la actuación del profesor hacia la evaluación de las necesidades que el estudiante identifica en el paciente, por consiguiente, los juicios clínicos que lleva a cabo, la planeación del cuidado que realiza y la intervenciones de enfermería que ejecuta durante la sesión de práctica clínica diaria.

Así mismo, aunque existe una intencionalidad por hacer de la evaluación formativa una rutina al finalizar cada sesión de práctica, esta se encuentra centrada en las actividades que fueron realizadas, los registros y la oportunidad al hacer los procedimientos al paciente, y aunque en el caso de la estudiante con la asignación de líder, se evalúa la manera como entrega los pacientes, se evidencia una ausencia en la evaluación del estudiante durante esta asignación, de valorar aspectos que hacen referencia al cuidado planeado y brindado al paciente durante la práctica clínica diaria, como respuesta a las necesidades identificadas por el estudiante.

Los hallazgos de la investigación, evidenciaron desde los participantes como una fortaleza, la valoración por los profesores de factores que hacen parte del ser, tales como: la responsabilidad, el compromiso, el cumplimiento a las tareas asignadas, el respeto y el liderazgo, como una manifestación de que los profesores valoran aspectos relacionados con la formación integral del estudiante, orientado a como el estudiante hace explícitos los valores personales enfocados hacia el perfil profesional. Al respecto, Tobón (125), resalta que la evaluación del saber ser, está compuesta por los valores, las actitudes y las normas, donde estas últimas, son orientadas por los valores del estudiante en su accionar en la relación con los demás y con el entorno.

Finalmente, se evidenció una falta de realimentación permanente y en ocasiones ausente, por parte de los profesores de práctica a las experiencias registradas por los estudiantes en el diario de campo, situación que no favorece la realimentación al estudiante en aspectos relacionados con las necesidades de aprendizaje que pueden ser identificadas por el profesor en el momento de su revisión.

El diario de campo como estrategia de enseñanza durante la práctica clínica aporta evidencias sobre la construcción de las competencias de formación, afirma Tobón (125), favorece la modificación de creencias, el desarrollo de habilidades de pensamiento, actitudes, interpretación de la realidad y resolución de problemas, refiere el autor (125). Por consiguiente, la falta de realimentación por parte de los profesores de las experiencias registradas de manera oportuna, disminuye las posibilidades en el estudiante de desarrollar una práctica reflexiva, basada en el análisis que de manera conjunta puede llevar a cabo con el profesor en el tiempo que la práctica se realiza.

De igual manera, reduce en el estudiante las posibilidad de mejoramiento a partir de las observaciones que puede efectuar el profesor en cuanto a conocimientos, actitudes o aspectos relacionados con la formación del perfil profesional, que en un momento dado el profesor en el día a día no detecta y que el estudiante deja asentado en el diario de campo de acuerdo a la asignación y a las experiencias vividas en las interacciones con el paciente, la familia, sus pares y los miembros del equipo de salud.

Al relacionar los hallazgos de la dimensión “como evalúa” los saberes prácticos por el profesor, con el “que enseña” y “como enseña” durante la práctica clínica, se evidenciaron puntos de desencuentros entre estas dimensiones.

En primer lugar, en el “que enseña” hay un predominio de los saberes centrado en los procedimientos y las técnicas, premisa sobre la cual se fundamenta la enseñanza del cuidado de enfermería en el estudiante, situación que se perpetúa en el “como enseña”, debido a que la asignación de los roles de líder, cuidado integral y procedimientos, están centrados en “el hacer” y ejecución de tareas y no en la planeación del cuidado que surge a partir de las necesidades de los pacientes, situación que si bien favorece la adquisición de destrezas técnicas, limita el desarrollo de habilidades para la elaboración de juicios clínicos de enfermería.

Así mismo, en el “como enseña”, no se evidenció un predomino por el uso de estrategias por parte del profesor encaminadas al fortalecimiento de prácticas de pensamiento crítico, que implican la observación constante, la comparación de

situaciones y el análisis, para desarrollar la toma de decisiones clínicas en contexto, a partir, de las necesidades que el estudiante identifique de manera conjunta con el profesor en el paciente durante el tiempo que la práctica clínica se realiza en el día a día.

En segundo lugar, en la enseñanza del PAE como herramienta para brindar el cuidado , presenta una ruptura entre lo enseñando en el aula y lo que se realiza en la práctica, debido a que no es un saber que predomine en la enseñanza por parte de todos los profesores, además, presenta divergencias en la manera como el estudiante debe hacer la valoración del paciente, a lo que se suma, que no siempre se realiza la agrupación de la información recolectada bajo un modelo teórico de enfermería, por lo tanto, no se elaboran los diagnósticos de enfermería, ni las intervenciones de enfermería en la práctica diaria que el estudiante está en contacto con el paciente.

Si bien, existe una intencionalidad en su enseñanza, el PAE solo se hace visible en algunas ocasiones a partir de las revisiones bibliográficas durante la práctica, situación que no propicia el conocimiento tácito de enfermería en el estudiante novicio, ya que este solo se forma a partir de la experiencia que él tiene en la interacción con el paciente y la familia, en el contexto de la situación clínica que vive durante las horas de la práctica. De lo contrario se constituye en la extensión de un ejercicio académico teórico, que aunque es valioso durante la enseñanza en el aula, en la práctica puede constituir una estrategia para la realimentación del cuidado brindado y llevado a cabo por el estudiante en el contacto directo con el paciente y la familia.

En tercer lugar, la evaluación de los saberes prácticos está enfocada a la valoración del conocimiento teórico que el estudiante tiene a cerca de la enfermedad, el tratamiento farmacológico y al desarrollo de destrezas, no está enfocada a la evaluación del cuidado brindado en el paciente durante la sesión de la práctica en las asignaciones que le fueron dadas a cada estudiante. Se resalta la falta de realimentación a las experiencias registradas por los estudiantes en el diario de campo, por la importancia que esta estrategia tiene en la identificación de necesidades de aprendizaje en los estudiantes y por su influencia en el desarrollo

de los patrones de comportamiento de enfermería, específicamente, el estético, el ético y el personal.

En síntesis, aunque existe una intencionalidad por parte de los profesores de la práctica de basar la enseñanza desde la valoración que el estudiante realiza en el paciente, hay un predominio de los saberes en la enfermedad y el tratamiento, premisa que está en concordancia con los métodos de enseñanza utilizados a partir de las asignaciones dadas a los estudiantes durante la práctica, los cuales centran la actuación de profesores y estudiantes en la realización de procedimientos y no el desarrollo de habilidades en el estudiante de razonamiento y clínico a partir de las situaciones de cuidado que se derivan en ella, propio de la visión de enfermería determinista.

6.1.4 El encuentro de los estudiantes con el saber práctico

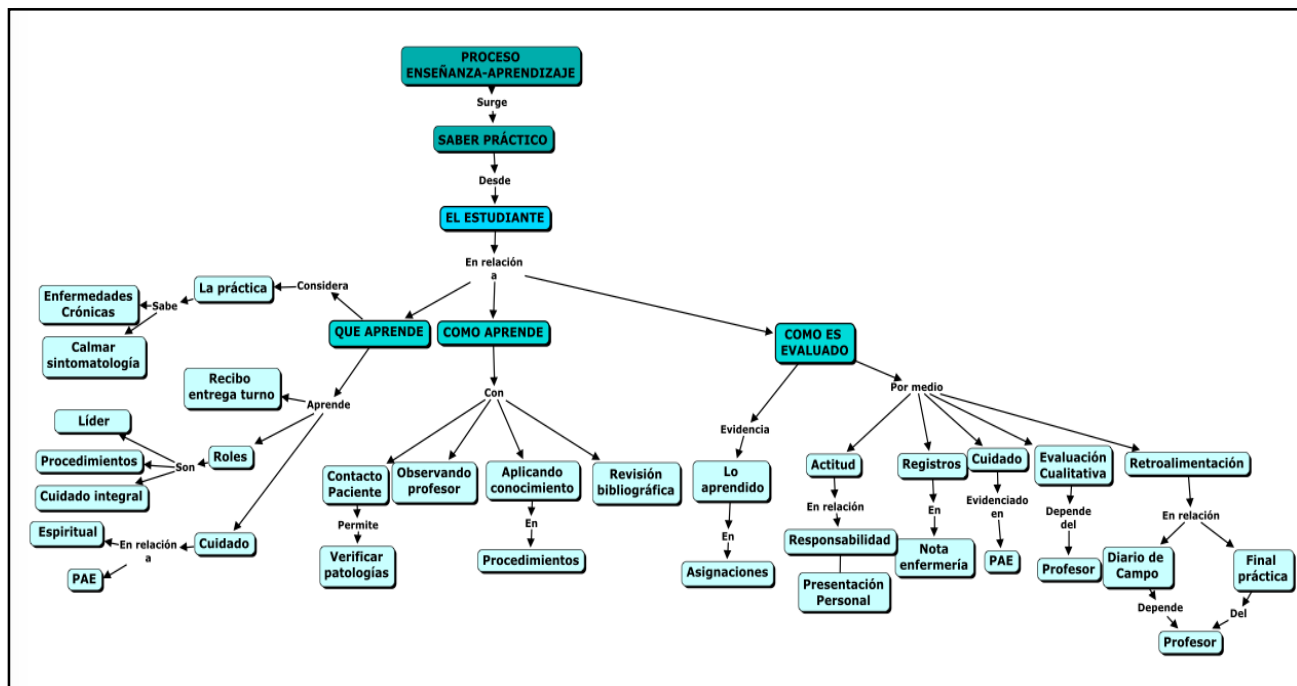


Figura 20. Saber práctico del estudiante. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

6.1.4.1 Lo que aprende el estudiante durante la práctica clínica

El recibo y entrega de turno

Los estudiantes expresaron que para la práctica llevan todo el conocimiento del aula, es allí donde estudian muchas patologías, que luego las observan en los pacientes con enfermedades crónicas. De esta forma, el estudiante pone en práctica lo teórico, aprenden a manejar la fisiopatología del paciente, su enfermedad y los síntomas, y que hacer para calmar la sintomatología del paciente, como lo expresa el siguiente texto significativo:

“Allá aparte de todo lo de fisiología, síntomas pues todo en sí de las enfermedades, nos centramos, pues yo me centro mucho en que hacen frente a esa enfermedad, entonces eso es lo que aprendemos allá, reconocer todos esos síntomas de esa patología que tiene el paciente y ya de acuerdo a eso ya pensamos, analizamos bien qué hacer ante eso, pues calmarle esa sintomatología al paciente” E4-ES6.

En cuanto al inicio de la práctica, los estudiantes expresaron que ésta inicia con la entrega de turno, la distribución de los pacientes y con la selección del líder del grupo. Durante la entrega de turno el profesor está presente y en algunas ocasiones llega posteriormente. Sin embargo en lo observado, se evidenció que en la entrega de turno administrativa realizada por los profesionales de enfermería del servicio al inicio de la jornada, no participan los profesores, ni los estudiantes, por lo tanto, no se enteran de la información relacionada con el personal, ni con lo entregado por la enfermera del turno de la noche a las enfermeras que se disponen a realizar el turno del día. ONP9- INV.

“Iniciamos con la entrega de turno, se entrega, se escucha a la enfermera ya luego se dispone a repartir los pacientes, se escoge una líder del grupo de compañeras (...)” E6-ES8.

“El profe a veces ya está ahí o el profe pues digamos que no ha llegado porque a veces hace noche, nosotras llegamos a recibir turno y el llega ahí al momentico” E4-ES6

Además, se observó que durante la entrega de turno las estudiantes se ubican por fuera al puesto de enfermería, toman nota de lo que escuchan, en un formato diseñado por cada una de ellas. El profesor se ubica en el centro de las

estudiantes, escuchando en forma atenta sin tomar nota. Esta actividad, la inicia la enfermera de hospitalización con la descripción del número de habitación, nombre del paciente, diagnóstico médico principal, dispositivos médicos que tiene el paciente y exámenes diagnósticos o tratamientos pendientes. *ONP5-INV.*

En cuanto a la entrega de turno por parte del personal auxiliar de enfermería, se evidenció que incluye el estado actual del paciente con la valoración de los dispositivos que él tiene, el estado de conciencia, la condición nutricional, la capacidad de movilidad, la eliminación urinaria y en ocasiones la gestión del traslado de pacientes a otros servicios: *“Esta paciente consciente, orientada en persona, tiempo, más bien un poquito obesa, es invidente, canalizada en miembro superior derecho del 30, en la parte posterior derecha, me dice su acompañante que se moviliza en casa, pero aquí no quiere mover ni un músculo, tampoco se ayuda como con los cambios de posición” ONP2-AE4.*

Así mismo, durante las observaciones se evidenció que al finalizar la mañana se disponen el estudiante líder y el profesor a realizar la entrega de los pacientes asignados al profesional de enfermería del servicio, quien se encuentra en el puesto de enfermería. El profesor le explica al estudiante antes que es lo que debe decir, además para iniciar la entrega de turno, el profesor se ubica al lado de la enfermera observando y escuchando el relato que el estudiante realiza acerca de los pacientes que tuvieron asignados durante la mañana. La entrega de los pacientes por parte del estudiante incluye el nombre, el diagnóstico médico, los procedimientos o exámenes practicados y los medicamentos aplicados. *ONP9-INV - ONP5-ES9.*

Del mismo modo, al terminar la entrega de los pacientes por parte del estudiante, se observó que el profesor complementa la información de los procedimientos realizados durante la mañana, el registro de las notas de enfermería, incluyendo la escala de valoración y las notas de los procedimientos. Las estudiantes no participan en esta actividad, porque se encuentran organizando los insumos que han utilizado en el servicio o en el computador terminando los registros. *ONP9-INV - ONP5-INV.*

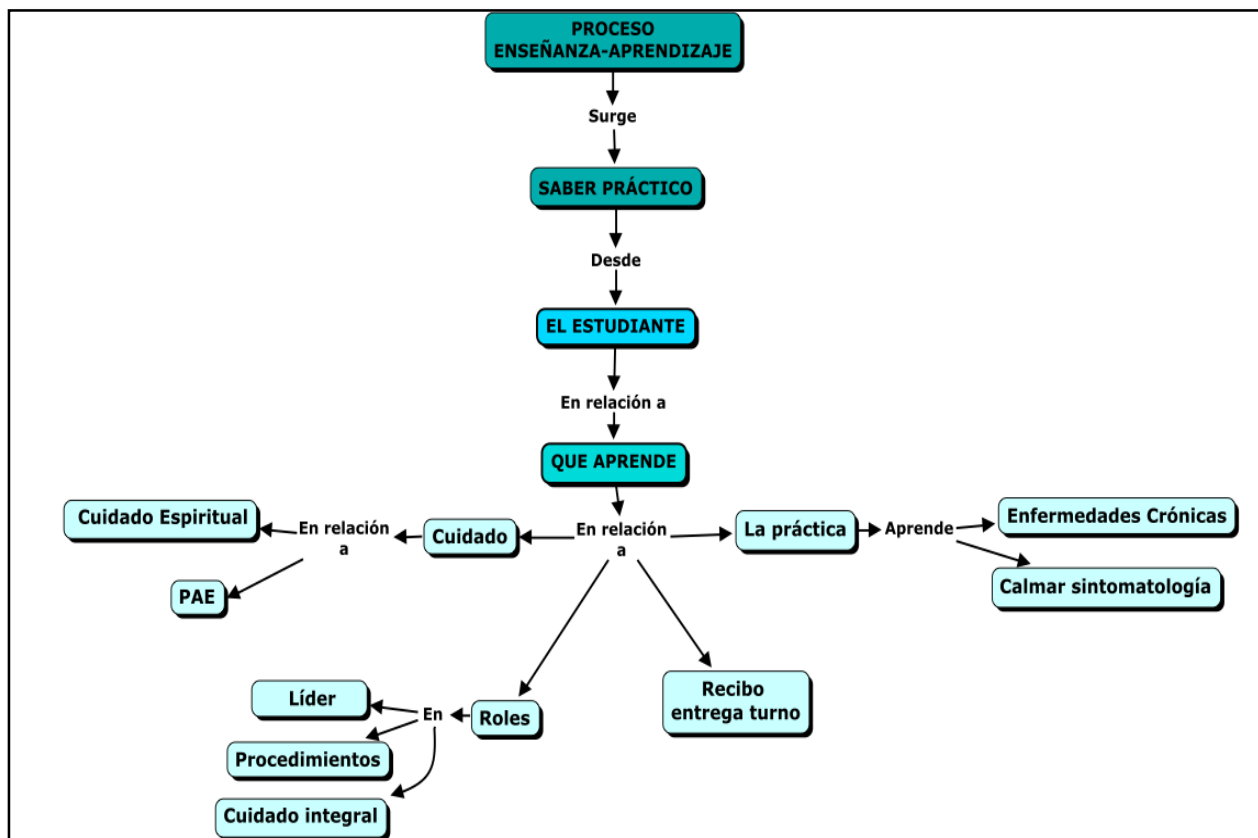


Figura 21. Saberes prácticos “Que aprende” el estudiante. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Fuente: Elaboración propia.

La realización del recibo y entrega de turno por parte de las enfermeras, es definida como una actividad llevada a cabo por el profesional de enfermería que sale de turno y el que entra al siguiente turno (día y noche), permite la transferencia de información, con el fin de dar a conocer las condiciones generales en las que se entregan y reciben los pacientes, a la vez, que propicia la planeación de los cuidados que requieren ser realizados de manera inmediata y oportuna, conocer las actividades realizadas por el personal que entrega turno, evaluarlas y dar cumplimiento a aquellas que no se pudieron realizar. Incluye el reporte de las novedades administrativas del servicio y la gestión del personal. (126)

Por lo tanto, al volcar la mirada hacia los resultados de la investigación, se evidencia que aunque el recibo y entrega de turno es una actividad que permite

conocer en principio el estado y las necesidades de los pacientes que van a ser recibidos por los estudiantes, no obstante en su ejecución, está centrada en la información de la enfermedad, que inicia con el conocimiento del diagnóstico médico, los síntomas, los dispositivos que el paciente tiene, que según los hallazgos, orientan al estudiante a calmar la sintomatología del paciente sujeto de cuidado.

Esta actuación del estudiante gira en torno a intervenciones encaminadas a tratar la enfermedad y no a cuidar la persona como lo refiere Collier (40), quien tiene que sobrellevar el peso de las limitaciones que causa la hospitalización por la pérdida de la salud, más aún, en el paciente con enfermedad crónica, cuyas restricciones alrededor de sus hábitos de vida pueden ser cada vez mayores o hacer que su nivel de dependencia hacia familiares o cuidadores vaya en aumento.

En este punto, se resalta la importancia de orientar el aprendizaje de este saber práctico del estudiante como parte de la primera etapa de la valoración del paciente, la cual hace referencia a la búsqueda de la información del paciente, enfocada hacia la identificación de las necesidades que él tiene y giran en torno a las respuestas que tanto él como su familia evidencian al equipo de salud durante el proceso de hospitalización, y que se constituyen en base para el accionar del estudiante de enfermería en formación.

Roles de los estudiantes en las asignaciones durante la práctica académica.

Rol de estudiante en la asignación de líder – “Es ser la jefe”

Al hacer referencia a los roles aprendidos por los estudiantes durante la práctica, todos los estudiantes participantes expresaron que se llevan a cabo mediante las asignaciones realizadas por el profesor: un estudiante líder, uno en procedimientos y los demás en cuidado integral del paciente. Aunque algunos profesores no lo realizan, lo cual ocasiona que en algunos semestres no todos los

estudiantes puedan hacer procedimientos. Además las asignaciones descritas, se encuentran en consonancia con lo observado, donde se evidenció que una vez recibido el turno antes de desplazarse y realizar todas las labores, hablan con el profesor y confirman cual es el papel de cada estudiante en el día. ONP7-INV.

“Esas son como las asignaciones que se tienen: liderazgo, procedimiento y cuidado integral en el paciente, muchos profesores no hacen eso, hay unos semestres en los que hay estudiantes que se quedan sin hacer un procedimiento” E5-ES7.

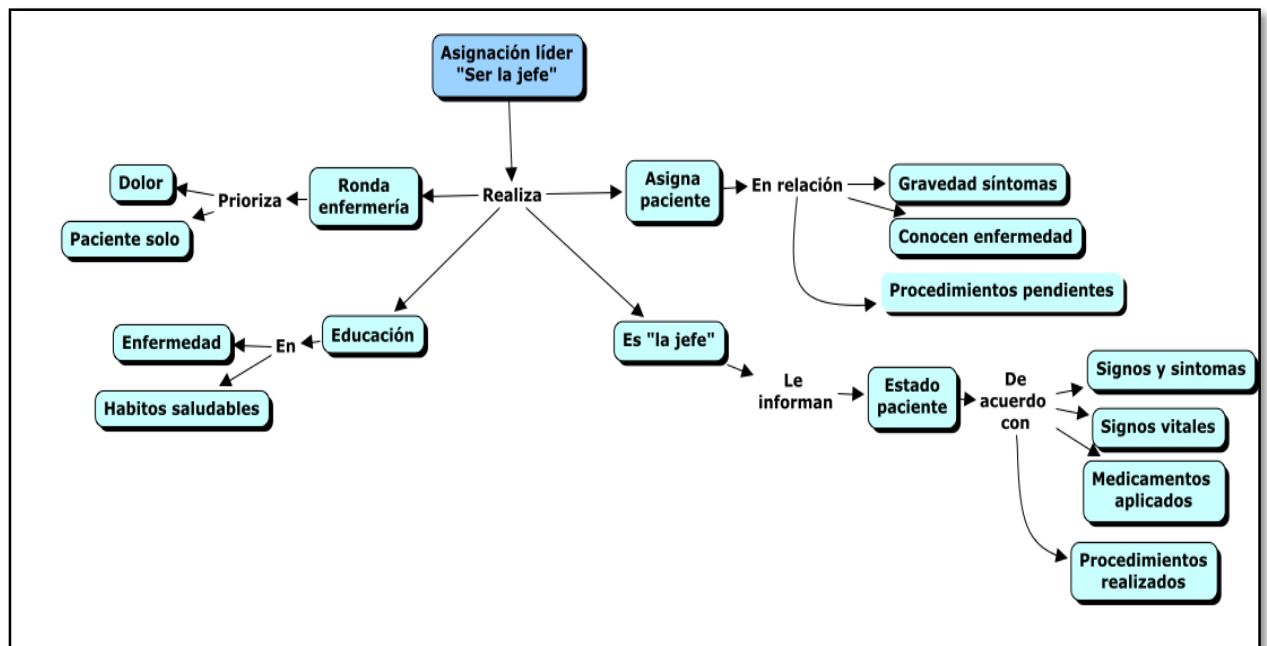


Figura 22. Saberes prácticos aprendidos en la asignación “Líder”. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Fuente: Elaboración propia.

Todos los participantes manifestaron que de los cinco estudiantes de la práctica, uno tiene la asignación de líder, quien asigna los pacientes y les manifiesta porque asignó el paciente, que piensa de su problema, porque es importante y porque priorizó ese paciente en lugar de otro. Además, está pendiente de todo el servicio y de los pacientes que le asignó a las compañeras, como lo expresa el siguiente texto significativo: *“Somos cinco, a una le toca ser líder, entonces el líder él va asignar*

los pacientes y va estar pendiente de todo el servicio e igual de los pacientes que le asigno a las compañeritas, (...)" E9-ES11.

En cuanto a los criterios que tiene el líder para elegir los pacientes que van a ser asignados, algunos de los participantes expresaron que en primer lugar, tienen la convicción de que todos los estudiantes se sienten en condiciones de recibir cualquier tipo de pacientes, porque ya han visto la parte teórica de lo que es la enfermedad, en segundo lugar, eligen y asignan de acuerdo a las patologías que los pacientes tienen y que hayan sido estudiadas en teoría, la única limitación que se tiene es la asignación de los pacientes aislados. Así mismo, durante las observaciones, se evidenció como el estudiante líder informa al profesor los criterios que tuvo en cuenta para la elección de los pacientes, así como el diagnóstico médico, la gravedad de los síntomas o los procedimientos pendientes:

"La estudiante ES12 líder mira el profesor y le dice: para asignar la 620 era efectos adversos de anticoagulante, me parece muy interesante, tenía pendiente una endoscopia, más una biopsia, pero era sobre anticoagulada y aparece con una hemorragia" ONP7-ES12.

También relataron que la líder es "la jefe", teniendo en cuenta el paradigma que tiene todo el mundo de "la jefe", los estudiantes son como "unas enfermeras pequeñas" que están a cargo de una jefe, que se encarga de liderar las estudiantes, es decir, coordinar y recordarles los medicamentos que tienen que aplicar a la hora indicada y los pacientes que deben ser trasladados para procedimientos. Siendo común, encontrar tanto en las observaciones como en las entrevistas, que el estudiante líder pregunta a sus compañeros por el estado de los pacientes asignados, y como los estudiantes le informan el diagnóstico del paciente, los signos vitales, los medicamentos aplicados, y los procedimientos realizados. ONP9- INV.

La líder es la jefe por decirlo de alguna forma, el paradigma que tiene todo el mundo, la jefe, y nosotras somos como unas enfermeras pequeñas que están a cargo de una jefe que sería la líder, (...) aparte de los pacientes, liderarnos a nosotros, o sea estar a cargo de fulanita recuerda que tienes que aplicar este medicamento a tal hora, fulanita a tu paciente se lo llevaron para procedimientos, como coordinándolo, realmente uno ahí, uno sería como la jefe" E5-ES7.

Además, tanto en la observación realizada como en las entrevistas, es común encontrar la expresión de los participantes sobre el líder, quien debe mirar los procedimientos que estén pendientes, que si se hayan realizado, incluyendo los exámenes. Durante la ronda que él hace por todo el servicio se presenta en cada habitación, identifica las necesidades alteradas indagando si hay alguien que tenga dolor; en ese caso observa si el paciente tiene analgesia, brinda educación al que lo requiera, y además está pendiente de las estudiantes. La educación paciente está orientada sobre lo que él como líder considera o sobre alguna enfermedad, nutrición, o estilos de vida saludables. ONP5-INV.

“También mirando como los procedimientos que habían pendientes, que si se estuvieran realizando por ejemplo si tenían de pronto unos exámenes, un tac, cosas que uno viera que se hubieran realizado durante el día” E1-ES9

En cuanto a la priorización por parte del estudiante líder, la mayoría de los estudiantes manifestaron que priorizar es identificar el dolor en los pacientes para ser atendidos, pacientes que estén solos, o que lleven mucho tiempo hospitalizados. Cuando identifican el paciente con dolor, revisa en el Kardex si tiene analgesia y si no la tiene informa: *“Priorizar es por ejemplo: el paciente, el dolor, que ¿tienes dolor? Uy si tengo un dolor insoportable entonces a ese paciente hay que atenderse, pacientes que estén muy solos, o que estén hace mucho tiempo, porque están tanto tiempo hospitalizados” E6-ES8.*

Los participantes expresaron que en cuanto a la valoración de los pacientes por parte del estudiante líder, este la realiza mediante la entrevista, y no hace una valoración exhaustiva a todo el servicio, ésta solo se lleva a cabo cuando le entregan el paciente en la asignación de cuidado integral, en la cual se realiza la valoración como tal: *“Más que todo uno lo hace hablando con la entrevista, uno no le hace valoración exhaustiva a todo el servicio, ya cuando a uno le entregan el paciente en cuidado integral ya uno le hace la valoración como tal” E9-ES11*

Analizar las habilidades del liderazgo en el desempeño de enfermería durante la práctica clínica, traslada la mirada hacia la institucionalización de los cuidados en los hospitales, al respecto Kerouack (49) afirma, que casi la totalidad del personal de enfermería, trabaja en el seno de centros hospitalarios o centros de salud

comunitarios, los cuales están administrados según una “mecánica administrativa”, que en la gran mayoría de los casos, refiere la autora, resulta ser muy compleja.

En ese contexto, la enfermera se ve avocada a llevar a cabo una serie de acciones que conjugan aspectos relacionados con el cuidado de las personas y prácticas administrativas. Investigaciones al respecto, muestran como hablar del liderazgo en enfermería implica tener la visión de cómo se aplica el proceso administrativo en algunas ocasiones denominado también gestión de los servicios de enfermería, afirman Guevara C. y Baltazar T. (127), el cual debe evidenciar la aplicación de las etapas de gestión, la opinión del profesional de enfermería de los resultados de su propia aplicación del proceso y la percepción de los otros miembros del equipo.

El aprendizaje del liderazgo bajo este enfoque implica para el estudiante de enfermería el conocimiento de saberes relacionados con la gestión administrativa de los servicios de salud donde se lleva a cabo el cuidado, y el desarrollo de competencias que evidencien habilidades de comunicación, la solución de problemas, la toma de decisiones como proceso reflexivo e intelectual, afirman las enfermeras docentes Esteño A. y Paravic K. (128), aspectos que según los hallazgos de la investigación desde los participantes, diverge de la mirada que tienen los estudiantes del rol de liderazgo, quienes consideran según lo expresado que la líder es “la jefe”.

Cabe señalar, que aunque ocasiones se ha relacionado el término jefe o gerente con la ocupación de un cargo, este no torna a alguien como un líder de forma necesaria (129), además según los hallazgos, el accionar de enfermería en esta asignación está centrado en el cumplimiento de tareas más que a la solución de situaciones clínicas, evidenciado en la recordación por parte de “la líder” de los medicamentos que los demás estudiantes deben aplicar o los pacientes que deben ser trasladados para procedimientos.

Si bien es necesario propiciar en la formación desde los primeros semestres que el estudiante tiene práctica clínica, habilidades de planeación desde el proceso administrativo, comunicación al interior de grupos de trabajo y toma de decisiones, desde el rol de liderazgo, estas deben ser incluidas en el plan de delegación de forma explícita en cada semestre y en los saberes que van a ser enseñados

durante la teoría, además, de contemplar estrategias de aprendizaje que le permitan al estudiante desarrollarlas durante la práctica.

En ese sentido, Benner (1), refiere que las competencias relacionadas con el dominio del rol del trabajo organizacional, son las más dependientes del aprendizaje sobre la práctica, debido a que ni la simulación, ni el estudio de casos pueden capturar la complejidad que la organización le demanda a la enfermera actual, quienes deben aprender el dominio y el liderazgo directivo de manera local y contingente llevado a cabo en una unidad clínica en particular.

Así mismo, los resultados de la investigación evidenciaron, que aunque hay una intencionalidad implícita en el aprendizaje porque el estudiante identifique los aspectos sobre los cuales debe priorizar para la asignación de los pacientes, es recurrente basar el aprendizaje de este saber, en la enfermedad, el diagnóstico médico, la gravedad de los síntomas o los procedimientos pendientes, este horizonte favorece en el estudiante un aprendizaje separado de la disciplina de enfermería y del reconocimiento del otro como sujeto de cuidado, criterios que también son tenidos en cuenta por los demás estudiantes, para informar a la “líder” la condición de los pacientes cuando es requerido, según se evidenció durante las sesiones de observación.

Por tanto, se resalta la importancia de enfocar el accionar de la enfermera desde la formación en aspectos que den cuenta de la esencia de su que hacer y no del rol que desempeña en una situación determinada. Encaminar el aprendizaje de los saberes prácticos centrados en las necesidades de los pacientes, requiere implementar estrategias que propicien en el estudiante de enfermería el desarrollo de habilidades comunicativas, trabajo en equipo, pensamiento crítico, las cuales son necesarias para la resolución de problemas y la interacción interdisciplinaria en las diferentes situaciones clínicas que surgen en la práctica clínica y de esta forma favorecer la recuperación de los pacientes, lo cual da cuenta de un accionar cimentado en los núcleos disciplinares y aboga por la identidad profesional de la enfermería.

Rol del estudiante en la asignación de Cuidado integral – “Estar pendiente del paciente”

En la asignación de los estudiantes en cuidado integral, los participantes manifestaron que se realiza estando con los pacientes, reciben turno, miran la patología del paciente, se presentan a los pacientes, toman los signos vitales, realizan el examen físico, y administran los medicamentos en el caso que el paciente lo requiera, según lo describen en el siguiente texto significativo:

“Ellas las que están en el cuidado integral del paciente, son las que están con pacientes, ella por ejemplo llega, uno recibe turno, uno miran pues como lo de la patología del paciente, ellas llegan se presenta, dicen que son estudiantes de la universidad y que van a estar acompañándolos, se realiza la toma de los signos vitales, se realiza el examen físico, si hay que administrarle medicamentos se administra medicamentos de 8 a.m (...)” E1-ES9.

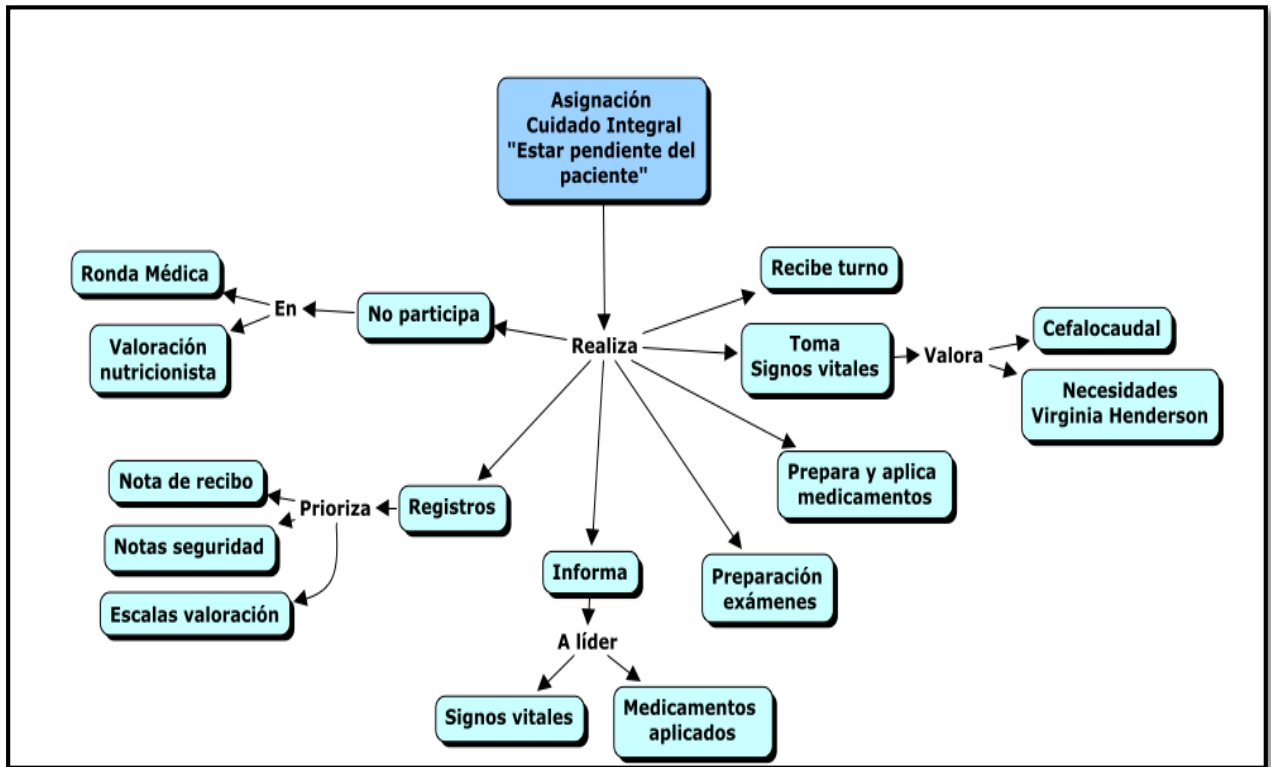


Figura 23. Saberes prácticos aprendidos en la asignación de cuidado integral. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la valoración de los pacientes, todos los participantes manifestaron que se realiza en el momento de la aplicación de medicamentos en la mañana, esta se lleva a cabo de manera cefalocaudal o según las necesidades de Virginia Herdenson.

Además, expresaron que la valoración se inicia desde el saludo del paciente, incluye la administración de medicamentos, la toma de signos vitales, la auscultación y la observación de las alteraciones que el estudiante ve en el paciente, la nota de evolución y las escalas de valoración, además se brinda educación y se está con el paciente y la familia, descrito en la voz de los participantes: *“(…) Y sino voy a los kardex de mi pacientes, miro que tengan medicamentos a las ocho de la mañana, después los preparo, voy aplicarlos y en la aplicación se puede hacer la valoración cefalocaudal o según las necesidades de Virginia Herdenson, hago como toda la valoración, salgo realizo nota” E5-ES7*

Un estudiante expresó que durante la asignación de cuidado integral, en la realización de la valoración al paciente, el profesor no se encuentra presente en el caso de haber procedimientos para realizar en el servicio, a lo que se suma, que durante las observaciones se evidenció que en la realización de la valoración del paciente por parte de algunos estudiantes, esta se lleva a cabo sin explicarle lo que se va a hacer pese a su condición, o toman signos vitales sin hacer la valoración y sin brindar educación. *ONP7-INV - ONP9-INV.*

“Entonces se encarga del cuidado integral, pero si hay curaciones o procedimientos temprano deja [el profesor] un momento a las niñas solas haciendo la valoración y todo” E4-ES6.

Es común encontrar tanto en las observaciones como en las entrevistas, como los estudiantes en esta asignación, deben estar pendientes de los pacientes y prepararlos en el caso de tener un examen o procedimiento, como el restringir la vía oral y brindarle la educación al paciente, además, de informar a la auxiliar de enfermería sobre el paciente que tienen asignado y las actividades a realizar, entre ellas, la administración de medicamentos y la toma de signos vitales, garantizando que se llevara a cabo el registro en la historia clínica de la nota de

recibo y de todos los registros de la mañana, a la vez, que informan a la estudiante líder los signos vitales de los pacientes que tienen asignados. ONP9-INV.

Además, una estudiante manifestó, que llegan al sitio de práctica a cumplir la función que realiza una auxiliar, porque son lentos para desarrollar todas las cosas que quisieran hacer con el paciente. Otro estudiante expresó que las auxiliares son las que hacen, debido a que el estudiante se estresa mucho por la nota, porque sabe los tiempos en que ésta debe ser registrada. Los estudiantes relataron que están pendientes de la nota, y al terminarla, ya tienen otro medicamento que aplicar, además, manifestaron que si realizan el cuidado pero no con el enfoque enseñado, como lo describen los textos significativos: *“Porque de cierta forma uno llega al sitio de práctica, así pues prácticamente a cumplir la función que realiza un auxiliar entonces uno es como muy...la verdad uno también es todavía es tan lento como para desarrollar todas las cosas, uno tampoco dice: no es que tengo tanto tiempo para hacer todo lo que quisiera hacer con el paciente”* E1-ES9.

“Porque de hecho uno es encima de la nota, termina la nota y ya tiene otro medicamento, y pues como cosas así, pero uno si realiza cuidado, pero el cuidado que a uno le enseñan que debe de hacer muchas veces uno no lo hace porque pues (---), el enfoque que uno tiene en ese momento no va como con eso” E1-ES9.

Es un saber práctico en la asignación de cuidado integral, la preparación de medicamentos en compañía del profesor, durante las observaciones no participantes, se evidenció que es un momento donde el profesor no solo pregunta acerca de la forma de preparación, sino que participa de la aplicación del mismo, lo cual constituye un reto para el estudiante el tener que saber el mecanismo de acción. Además se observó que en el momento de la aplicación los estudiantes informan al paciente el nombre del medicamento y para qué sirve. ONP7-INV.

Se incluye en esta asignación, el saber práctico relacionado con la elaboración y revisión de las notas de enfermería, sin embargo, no se incluye la participación en las rondas realizadas a los pacientes asignados por el equipo de salud, como el médico o la nutricionista. En ese sentido, durante las observaciones no participantes, se evidenció que al paciente se le explica durante la ronda médica por parte del médico interno o el médico tratante, acerca de la enfermedad, los exámenes diagnósticos que se le realizará, y se discute con el médico residente

los beneficios del tratamiento. El estudiante quien está fuera de la habitación, se entera de lo sucedido en la ronda, a través de lo manifestado por el paciente, quien a su vez informa al profesor. *ONP5-INV.*

Por último, al finalizar la mañana, el profesor verifica con el profesional de enfermería si hay procedimientos pendientes para realizar, en caso contrario se da por terminada la sesión de práctica de la mañana, y se disponen a tomar la hora de almuerzo. Al regresar tanto los estudiantes como el profesor se preparan para realizar la revisión bibliográfica en un aula de la institución, esta se realiza en las horas de la tarde con la exposición de los temas asignados a los estudiantes en el cronograma durante la práctica clínica. *ONP4- INV. ONP8-INV.*

Los hallazgos de la investigación, evidenciaron tanto desde los participantes como en las observaciones, un predominio de los caracteres que hacen parte del paradigma o visión de enfermería particularista, en el aprendizaje de los estudiantes alrededor de las prácticas de cuidado, debido a que centran su que hacer en la asignación del cuidado integral, en conocer la patología del paciente, tomar los signos vitales, realizar el examen físico y administrar los medicamentos al paciente asignado. Aunque hay una intencionalidad de realizar la valoración de los pacientes aplicando las necesidades de la teoría de Virginia Henderson, no siempre se realiza debido a que se toman signos vitales sin hacer la valoración y sin brindar educación al paciente.

Kerouack afirma (49), que la actuación de la enfermera desde esta visión, está centrada en planificar, organizar, coordinar y evaluar las acciones, además, en ella, el paciente está bajo los cuidados tanto de la enfermera como de otros profesionales de la salud, quienes son considerados expertos porque tienen el conocimiento sobre los agentes que dañan la salud, sin embargo el paciente no tiene un papel participativo en los cuidados de sí mismo.

Además, los hallazgos evidenciaron un modo de actuar en la formación de los estudiantes participantes, orientado hacia la función técnica, “auxiliar de” centrada en principio en registros y aplicación de medicamentos y no en el cuidado directo a los pacientes, como consecuencia, según lo expresado por los participantes,

brindan cuidado pero no con el enfoque enseñado, en lo que tiene gran influencia el tiempo que demanda la realización de las notas de enfermería, escenario que favorece una formación poco autónoma centrada en la enfermedad y la técnica, según lo refiere Collière (40), donde el conocimiento es “absorbido” para garantizar un funcionamiento rápido y preciso de las auxiliares de los médicos antes de intentar guiar o enriquecer la acción de la enfermera, afirma la autora.

Por último, se evidenció que durante la participación del estudiante en la rondas realizadas a los pacientes asignados por el equipo de salud, como el médico o la nutricionista, esta actividad, no favorece la experiencia de aprendizaje en el estudiante de los saberes relacionados con el desarrollo de habilidades comunicativas con los miembros del equipo de salud, debido a su falta de participación en esta actividad durante la práctica clínica, y si bien el conocimiento de la enfermedad en la práctica no es su objetivo, este nivel de interacción le abre la posibilidad de confrontar y validar supuestos teóricos y relacionarlos con las necesidades identificadas en la persona sujeto de cuidado.

Al respecto, Henderson (47) expresa que, la enseñanza médica esta reforzada por la docencia en grupo, favoreciendo entre los miembros del equipo comentar aspectos de la atención del paciente del que son responsables, la participación del estudiante de enfermería en la ronda médica le permite adquirir una idea de todo el programa que se tiene con el paciente, de la diferencia de las funciones de los distintos profesionales y de la forma de complementarse unos con otros, afirma la autora además, que solo así el médico contribuye de forma inestimable a la enseñanza de la enfermería.

El rol del estudiante en la asignación de procedimientos durante la práctica académica.

En cuanto a la asignación del estudiante en procedimientos durante la práctica académica, los participantes manifestaron que hay un estudiante encargado de realizar todo los procedimientos que se van presentando durante el día de práctica, entre los cuales se encuentran: sondajes, canalización de venas, toma de muestras y curaciones. Algunos estudiantes expresaron que en la asignación de procedimientos, antes de ser realizados, verifican los implementos requeridos para

tal fin, y que esto es llevado a cabo en compañía del profesor, finalmente hacen la nota del procedimiento realizado: *“Hay otra que es la encargada de procedimientos, entonces la encargada de procedimientos va a realizar todos los procedimientos que vayan saliendo en el día, que tome muestras, que gases arteriales, que una... que a canalizar, que a pasar una sonda” E9-ES11.*

Finalmente, durante las observaciones no participantes se evidenció, que en el momento de llevar a cabo los procedimientos, no siempre el profesor y los estudiantes le explican al paciente lo que se le va a realizar, el paciente no pregunta, guarda silencio. Algunos estudiantes informan al paciente en qué consiste el procedimiento, y el malestar que le puede causar. De igual forma se observó, que algunas veces los estudiantes no explican los cuidados al paciente después de finalizado el procedimiento, el estudiante se desplaza a realizar el registro de la nota de enfermería. *ONP7-INV - ONP9-INV.*

El ejercicio de la profesión de enfermería cimentada en la comprensión de la disciplina, es un factor esencial cualquier área donde este se lleve a cabo. Al respecto, Henderson V. (47) sustenta que la manera como se comprende la enfermería, tiene repercusiones en la enseñanza de la disciplina, en la medida que delimita toda un área de salud y bienestar humano, así mismo, afirma que la enfermera es una experta y profesional independiente, horizonte que reclama durante la formación, más enseñanza que adiestramiento y aunque reconoce la importancia de tener una base en las ciencias físicas, biológicas y sociales, resalta que esta debe estar fundada en la capacidad de utilizar un proceso analítico.

La autora afirma además, que “el profesor está en la mejor posición para crear un entorno en donde él y sus estudiantes puedan ejercer la enfermería tal como la define la escuela”, es decir, por la universidad, en el caso de la formación universitaria. Por lo tanto, es quien orienta el aprendizaje del estudiante durante la práctica clínica hacia un accionar centrado en el cuidado, de acuerdo a la visión que concibe, en primer lugar, la disciplina, y en segundo lugar, el cuidado como pilares de la profesión.

De acuerdo a los hallazgos, se evidenció en las observaciones que el aprendizaje por parte del estudiante de enfermería, tiene un fuerte predominio procedimental, lo cual se acrecienta cuando el estudiante se hace cargo de todos los procedimientos del servicio en esta asignación. Si bien es importante propiciar oportunidades de aprendizaje donde el estudiante durante su formación pueda desarrollar actividades que implican la ejecución técnica de prácticas procedimentales alrededor del cuidado, estas no deben ser la base sobre la cual se fundamente su aprendizaje.

Además, hacerse cargo de todos los procedimientos del servicio, cierra un espacio al estudiante para un aprendizaje del cuidado a partir de las respuestas humanas de los pacientes a la pérdida de la salud, al tratamiento médico, a su vivencia frente al proceso de hospitalización, en ese sentido, resultados de investigación sustentan (112), que la habilidad técnica presupone raciocinio crítico para evaluar condiciones clínicas y necesidades del paciente, además de elaborar diagnósticos e intervenciones de enfermería que lleven a los mejores resultados asistenciales.

Esta mirada no está en consonancia con los hallazgos en la presente investigación, donde se evidenció que durante esta asignación el actuar de profesores y estudiantes está focalizado en el aprendizaje para el cumplimiento y mejoramiento de la técnica, no necesariamente en la recuperación de la condición de salud del paciente, debido a que en ocasiones, no se le explica el procedimiento a realizar o los cuidados que el paciente debe tener después de finalizado el procedimiento.

Centrar por parte del profesor el aprendizaje del cuidado durante la práctica clínica en un grupo pequeño, propicia tanto al profesor como al estudiante el conocimiento de las necesidades de cuidado prioritarias que los pacientes tienen, en ese sentido Henderson V. (47) sustenta, que las instructoras clínicas funcionan con más eficacia si se les asigna una unidad pequeña que les permita conocer a los pacientes; de lo contrario, no pueden dar a los estudiantes la ayuda que necesitan para trabajar en los problemas de los enfermos.

El saber práctico relacionado con el cuidado – “Palabra difícil de definir”

En cuanto al conocimiento relacionado con la definición de cuidado, un estudiante expresó, que es una palabra difícil de definir, es dar algo de sí, para el otro que no tiene la capacidad de hacer algo por sí mismo, es brindar al paciente algo que le hace falta como conocimiento, o administrarle medicamentos. De igual forma la mayoría de los participantes expresaron que cuidado es ayudar, acompañar, orientar, animar, al paciente, en el campo que este necesite ayuda, y que el estudiante lo pueda realizar, en caso contrario, buscar una persona que lo pueda ayudar: *“Es que eso es como que una palabra como tan difícil, para mí el cuidado es como dar, dar algo de mí, para el otro que no tiene la capacidad de hacerlo el mismo (...)”*E3-ES9

Así mismo, expresaron, que cuidar es tratar de brindar un bienestar holístico, integral al paciente, es decir, en todas las esferas, son acciones realizadas a la persona que lo necesita. En cuanto al cuidado integral, manifestaron que es visualizar a la persona, no como una patología, desde lo fisiológico, la herida o la enfermedad, es decir, desde el aspecto físico, sino en todos los aspectos, el emocional, el psicológico, el físico y el social: *“Cuidado integral es el cuidado del paciente no es nada mas en el aspecto físico, sino en todos sus sentidos, en el aspecto emocional, en el aspecto psicológico, físico, social”* E1-ES9

Además, expresaron que en el servicio se limitaron solo a lo práctico, es decir, a la aplicación de medicamentos, no obstante no saben si el paciente tiene estrés o problemas. De igual forma los estudiantes relataron que muchas veces caen en el mismo error, de administrar medicamentos, de ver al paciente bien, sin embargo, el cuidado integral se enfoca en todo el ser del paciente, como lo expresa la voz de los participantes en el siguiente texto significativo: *“Nosotros vamos a un servicio y encontramos que se limitan solo como a lo práctico, es decir, aplico medicamentos, miro como esta y ya, pero no sabemos la persona si tiene estrés, si de pronto el paciente tiene problemas”* E5-ES7.

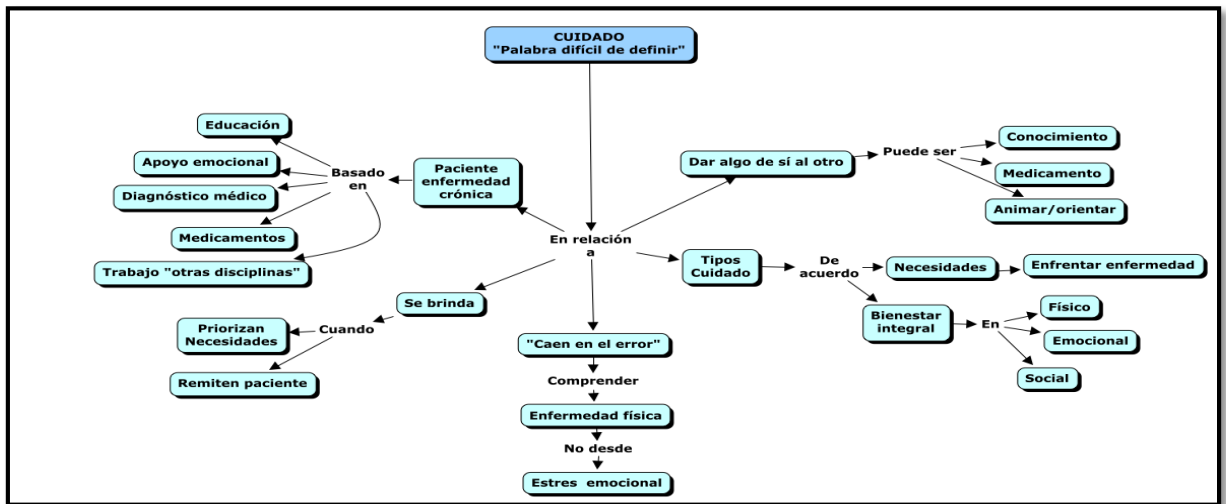


Figura 24. Saber práctico relacionado con el “Cuidado”. Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Fuente: Elaboración propia.

Así mismo, manifestaron, que hay varios tipos de cuidado, según las necesidades que tenga el paciente, es decir, un paciente puede presentar la misma fisiopatología que otro, no obstante el proceso de la enfermedad puede ser elaborado de una forma totalmente diferente, lo que lleva a la estudiante a ser muy cambiante, a saber manejar todo tipo de pacientes, como lo describe el texto significativo: *“Cuando yo hablo de tipos de cuidado es según las necesidades que tenga el paciente... un paciente puede que tenga la misma fisiopatología, pero que finalmente el proceso de la enfermedad lo elaboran de una forma totalmente diferente; (...) o sea usted tiene que ser muy, pues si, muy cambiante, saber manejar todo este tipo de pacientes”* E3-ES9.

En cuanto a la manera como brindan el cuidado, expresaron que lo hacen poniendo en práctica los conocimientos, priorizando y supliendo las necesidades que tiene un paciente, remitiéndolo con otros profesionales en el caso de tener un problema que requiera su intervención. De esta forma contribuye a que otra persona profesional colabore en el campo que no es competencia de intervención directa de la enfermera, pero que es detectado por ésta mediante la observación, debido a que es la enfermera quien debe detectar las necesidades que tiene el paciente, como lo describe la voz de los participantes en el siguiente texto:

“Nosotros no somos psicólogos verdad, viendo nosotros esa necesidad de que la persona tiene un problema familiar, y ha hecho que este aquí en el hospital ¿Qué hacemos nosotros? remitirlo, en el piso debe haber una persona que es psicóloga; estamos contribuyendo a que otra persona profesional le colabore en ese campo que no me compete a mí, pero que yo lo observo, porque la enfermera es la que debe detectar las cosas que tiene el paciente” E5-ES7.

En cuanto al cuidado del paciente con enfermedad crónica, la mayoría de los participantes manifestaron que incluye la educación y el apoyo emocional, el cual es fundamental, debido a que tanto la parte espiritual como la emocional, se ha perdido, “se ha ido a la basura”, relataron además, que aprenden que todos los pacientes con enfermedad crónica son diferentes, porque están hospitalizados por diferentes motivos, por lo tanto cada persona requiere ser tratada de forma diferente, y en consecuencia, sus tratamientos y necesidades de educación son distintas, lo que requiere individualizar cada persona: *“Incluye educación, apoyo emocional, apoyo emocional fundamental o sea yo por lo menos he notado que la parte espiritual, la parte emocional se ha perdido, pues se ha perdido mucho, se ha ido como mucho a la basura” E5-ES7.*

Así mismo, los participantes expresaron que miran el diagnóstico médico y no el diagnóstico de enfermería, y hacen la relación con los medicamentos que tiene el paciente: *“Uno mira el diagnóstico pero no el diagnóstico de enfermería porque uno ni siquiera lo mira, (...) por decir, si tiene una enfermedad de los riñones entonces uno ya, ah bueno tiene esto, empieza a mirar los medicamentos a si, entonces uno relaciona a si le mandaron esto, por esto y esto, pero así el punto de partida es como mirar el diagnóstico” E9-ES11.*

Finalmente plantearon, que consideran importante velar por lo que el paciente tiene, el motivo de hospitalización, sin embargo hay que tener en cuenta las precauciones para que la persona no vaya a adquirir cualquier otra patología derivada de estar expuesto al medio hospitalario, y mirar como poder satisfacer las necesidades del paciente, de la familia, hacer un trabajo en conjunto con otras disciplinas para colaborar de esta forma con el paciente:

“Me parece que es importante que se vele por lo que él tiene, el motivo de hospitalización que él tenga, sin embargo también hay que tener en cuenta, tener las mayores precauciones para que no vaya a adquirir cualquier otra patología, mirar las necesidades del paciente, como podemos satisfacerlas, también a su familia, (...), hacer un trabajo en conjunto con otras disciplinas que pueda ayudar o colaborar todas así con el paciente” E3-ES1.

Cuando los estudiantes enfermería ingresan a la práctica clínica, son considerados enfermero novicios, según la teoría de Benner (1), “De principiante a experta”, ellos tienen poco entendimiento del significado contextual de lo que han aprendido en los libros, en ese sentido, Villaraga (130), profesora de la Universidad Nacional, agrega que para la formación de actitudes de cuidado en enfermería, es necesaria la influencia permanente y una actitud congruente entre la filosofía de enfermería, el conocimiento de acercamiento y el sistema de valores estructurales, además, que la esencia del cuidado es la interacción humana recíproca.

Ambos planteamientos son fundamentales para el aprendizaje del cuidado a partir de las experiencia guiada de su que hacer en la práctica clínica y de las interacciones que el estudiante establece con el paciente sujeto de cuidado. Bajo esta mirada, los hallazgos de la investigación, evidenciaron desde los participantes una dificultad expresa para conceptualizar el significado de cuidado, expresado como “una palabra difícil de definir”, situación que puede explicarse al centrar su marco de actuación desde la realización de actividades y procedimientos.

Siendo el cuidado el resultado de las interacciones con el paciente, la formación de una actitud de cuidado en enfermería, solo se logra por medio de la experiencia vivida “bajo la propia piel”, como lo define Villaraga (130), que le permita al estudiante un conocimiento afectivo consciente e inconsciente que marque su propia psiquis, y que dé lugar a construir un concepto alrededor del cuidado fuera del marco tecnista e instrumental que caracteriza la práctica de enfermería desde el paradigma o visión de enfermería particularista, centrada en la enfermedad y en el biologicismo fragmentado (49).

Y aunque, según los resultados de la investigación, se evidenció un propósito por parte de los estudiantes, de brindar un bienestar holístico, integral al paciente, es decir, en todas las esferas, que incluye el aspecto emocional, psicológico, físico y social, los estudiantes se limitaron “solo a lo práctico”, es decir, a la aplicación de medicamentos, situación que los lleva según lo expresado a “caer en el mismo error”, a tener un aprendizaje del saber práctico desde actividades para el cumplimiento de tareas.

Es importante señalar, la relevancia que tiene determinar la diferencia existente entre los cuidados que brinda la enfermera y los cuidados que otro profesional puede llevar a cabo. Al respecto, Leninger (131), citada por Medina, describe que los cuidados profesionales están guiados por saberes y acciones que tienen un componente científico para la asistencia de individuos y comunidades, son intencionados para asistir a la persona que recibe la asistencia, entre ellos están los que puede brindar un psicólogo o un educador, la diferencia con el cuidado profesional de enfermería, es que éste último, está “centrado en mantener y desarrollar la salud y el bienestar de las personas”, diferenciación que es fundamental en el aprendizaje de este saber práctico en los estudiantes durante la práctica clínica.

En cuanto al cuidado del paciente con enfermedad crónica, los hallazgos de la investigación evidenciaron desde los participantes que este gira en torno a dos aspectos, a la educación y al apoyo emocional, si bien los estudiantes relatan la educación como un aspecto fundamental, esta actividad solo se lleva a cabo en la asignación de líder, no se constituye como una constante en la asignación de cuidado integral, que es cuando el estudiante de enfermería tiene más tiempo durante la práctica, para establecer una experiencia comunicativa que trascienda la anamnesis o la realización del examen físico y que permita basar una educación centrada en las necesidades identificadas en el paciente.

La enfermedad crónica implica para la persona la capacidad de afrontamiento de su problema de salud, lo que incluye la capacidad para adaptarse a esta condición (132), este proceso de adaptación trasciende el concepto de la misma enfermedad y afecta su vida cotidiana, obligando al paciente a someterse a un proceso de readaptación.

Es en este punto es donde adquiere relevancia la educación dada al paciente, en la medida que le permita abrir el marco de comprensión de su condición como persona con una enfermedad crónica, que en la gran mayoría de los casos es limitante o incapacitante, y que le ofrezca nuevas posibilidades para el afrontamiento de su condición como paciente crónico, en ese sentido, la educación para la salud informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables (133), además, esta se constituye en una intervención de enfermería que atiende a una necesidad de cuidado por parte de la enfermera clínica.

Según Kittay Eva (134), profesora emérita de la Universidad Stony Brook en Nueva York, quien ha dedicado gran parte de su trabajo investigativo en aspectos relacionados con la dependencia e independencia del ser humano, la dependencia en una persona emerge cuando es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y cuidar de sí mismo, estado que lo lleva a confiar su cuidado a otras personas, que en el caso del paciente con enfermedad crónica genera en su gran mayoría una condición de dependencia paulatina e irreversible, que se va llevando a cabo en la persona enferma tanto física como socialmente, según lo afirma Robles L., (135).

Por lo tanto, el profesional de enfermería no solo debe propender cuidados durante el tiempo que el paciente se encuentra hospitalizado, sino que juega un papel vital en la preparación tanto del paciente y la familia para el momento del alta, siendo el grupo familiar los responsables de dar continuidad a los cuidados en casa.

En tal situación, el profesional de enfermería debe concebir dentro de la atención al paciente durante su hospitalización, los cuidados relacionados con su transición al hogar, según lo expresado por Zea MC. y Torres B., ésta transición del cuidado del hospital a la casa del adulto mayor con dependencia en el cuidado, se define “como el traspaso de las informaciones, educación, entrenamientos y actividades que realiza enfermería en el ámbito hospitalario, para que el enfermo y sus cuidadores familiares adquieran elementos que puedan ser aplicados en el

ambiente domiciliario, garantizando su calidad y la continuidad en el cuidado” (136), conceptualización que trasciende la atención de enfermería centrada en la enfermedad.

Finalmente, los resultados de la investigación, mostraron el reconocimiento por parte de los estudiantes participantes de la importancia de llevar a cabo un trabajo con otras disciplinas, considerado como un factor relevante para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, debido a que abre espacios de discusión con otros profesionales y propicia el aprendizaje en cuanto al tratamiento y las posibilidades de rehabilitación del paciente, plantear alternativas de cuidado y evitar complicaciones, al respecto la enfermera Norteamérica Rizzo (137), sustenta que la interdisciplinariedad entre dos o más disciplinas, como enfermería, medicina, psicología, entre otras, permite plantear intervenciones a grupos, individuos o familias, preservando la unidad de cada disciplina y complementándose unas con otras.

El cuidado espiritual durante la práctica clínica

En lo concerniente al saber práctico relacionado con el cuidado espiritual, la mayoría de los participantes expresaron que es comprender, mirar lo que es espiritual para cada persona, su creencia religiosa, y de qué forma ellos le piden a su Dios, es respetar cada persona, sus creencias, sin meterse en sus creencias. Además, manifestaron que es brindar tranquilidad, acompañarlo, hacer una oración con él, apoyar su fe, no quitarle la esperanza, es no apagar y a alimentar la fortaleza del paciente para superar la enfermedad, como lo describe el texto significativo:

“Yo también lo relaciono como pues en el sentido en que pueda apoyar como su fe...uno decirle si usted cree en Dios pues para Dios no hay nada imposible, (...) O sea como apoyar o animar a la persona en que si su esperanza esta es en eso uno no puede pues llegar de una decirle y atajarlo; si el médico le dijo que no, entonces usted no lo puede hacer, no (...)”GF2-ES7.

Además, plantearon que en el afrontamiento de la enfermedad, las personas la toman de diferente forma y que a algunos puede afectarles mucho más, por tanto, el apoyo espiritual consiste en mostrarle al paciente que hay un Dios que también

puede hacer grandes cosas por ellos. Sin embargo, muchas veces dejan a un lado este aspecto, debido a que en ocasiones miran la espiritualidad como la religión, y siendo este un asunto cambiante en la actualidad, muchas personas dicen no creer, como lo expresan la voz de los participantes en el texto significativo: *“(...) Muchas personas que ese momento una enfermedad la toman de formas diferentes y pueden afectarles mucho más y es como ese apoyo y mostrarle que hay un Dios que también puede hacer grandes cosas” GF2-ES8.*

En cuanto a la manera como brindan el cuidado espiritual, los estudiantes expresaron que se realiza mediante una reflexión o folletos que llevan a cerca de cuidado saludable, o alguna reflexión sobre citas bíblicas, las cuales son entregadas a la persona y de esta forma contribuyen y cuidar la espiritualidad.

Además, revelaron que en ocasiones las personas solicitan un padre, por lo tanto, el estudiante indaga a cerca del tipo de religión y si requieren un sacerdote o un pastor de la iglesia, o si desean realizar una oración de forma conjunta con el paciente, siendo este un aporte de la formación de la universidad: *“(...) Pues independientemente de eso o llevarles una reflexión o muchas veces hay una compañera que llevan folleticos, que hablan (---)de cuidado saludable o alguna reflexión pues sobre la biblia, sobre citas bíblicas o sobre algo...uno le entrega eso a la persona y de esa manera la persona también de manera espiritual le, se va llenando y uno también lo está cuidando la espiritualidad.”E9-ES11.*

Por último, una estudiante expresó que no todos brindan cuidado espiritual, algunos estudiantes que son adventistas hablan con el paciente asuntos relacionadas con Dios, otros estudiantes hablan más de aspectos relacionados con los estilos de vida:

“No sé, uno lo identificaba mas era (---), como me explico ahí, no todas hacíamos como ese cuidado espiritual, digamos que con una compañera que era adventista, ella si iba y les hablaba como cosas relacionada a Dios o era más así (...), varias compañeras y en mi misma, no nos íbamos y le hablábamos al paciente de un cuidado espiritual, nosotros íbamos más como a los estilos de vida” FG2-ES11.

En los hallazgos de la investigación se evidenció que el cuidado espiritual es considerado como una estrategia que facilita al paciente el afrontamiento de la

enfermedad, debido a que cada persona elabora respuestas de forma diferente, además, que es un aporte de la formación recibida de la universidad, sin embargo, no se evidencia una unidad conceptual en la manera como este puede brindarse al paciente.

Algunos estudiantes expresaron, que es mostrarle al paciente que hay un Dios “que puede hacer grandes cosas por él”, puede ayudar al paciente, orando con el paciente o valorando lo que es espiritual para él, su creencia religiosa, y la manera como se acercan a su Dios, respetando sus creencias. Perspectiva que es afín a la visión de enfermería recíproca, en la cual, la enfermera valora las diferentes dimensiones de la persona, acepta su interrelación, la unicidad de cada una de ellas y reconoce, en la dimensión espiritual, aspectos como el significado de la experiencia para las personas implicadas y el valor de la relación en la búsqueda de una armonía entre las diferentes dimensiones, afirman (112) Martsolf, D. y Mickleby, J., citados por Sánchez.

Otros estudiantes consideraron que brindan cuidado espiritual, cuando hablan con el paciente acerca de aspectos relacionados con los estilos de vida, si bien Henderson (47), considera que el cuidado espiritual hace parte de las intervenciones que deben ser llevadas a cabo por la enfermera al brindar cuidado al paciente, este presenta unas características que distan de la educación que se brinda al paciente con aspectos relacionados con educación para la salud.

Hay otros elementos que se señalan como parte del cuidado espiritual que puede ser brindado al paciente cuando se encuentra hospitalizado, la enfermera norteamericana O'Brien (138), refiere que la dimensión espiritual es un aspecto que debe ser incluido dentro de la práctica de enfermería y debe ser valorado con base a tres elementos a saber, la fe personal, las prácticas religiosas y el contentamiento espiritual, este último hace referencia a “vivir en el amor de Dios” “aceptando la fortaleza de Dios”, es un concepto que está unido a la paz espiritual que una persona puede experimentar.

Así mismo, Quintero MT. y Gómez M. Afirman (139), que para que el cuidado signifique ayuda los pacientes, además de la compensación física, es el recibir compañía, ánimo, esperanza, consuelo y seguridad del personal de enfermería en los momentos en que sintieran soledad, tristeza, incertidumbre, angustia, dolor, es decir, que se debe orientar el aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica, a identificar no solo las alteraciones relacionadas con los síntomas que la enfermedad causa en el paciente, sino aquellas alteraciones relacionadas con los aspectos subjetivos del individuo y que son propios de la naturaleza humana y que pueden ser co-adyuvantes en generar complicaciones de la enfermedad en un momento dado.

El saber práctico y la aplicación del PAE durante la práctica clínica

La mayoría de los participantes definieron que el PAE es planificación y evaluación de las actividades que ayudaron para el mejoramiento del paciente, de lo contrario éstas deben ser modificadas para ayudar el paciente. El PAE se debe hacer con conocimiento, aunque hay cosas que no cambia de un día a otro, por tanto requieren de un seguimiento, para asegurar que se está haciendo algo para el bien del paciente: *“El PAE es un, es el proceso de atención en enfermería, entonces que es esto es como planificar unas actividades y evaluarlas, que tanto me ayudaron para mejorar el paciente, sino me ayudaron entonces yo voy a modificarlas para ayudar a mi paciente” E6-ES8.*

En cuanto al saber práctico relacionado con la valoración, los estudiantes expresaron que les enseñaron la valoración cefalocaudal, es decir, empezar a valorar el paciente desde la cabeza, mirarlo, tocarlo y examinarlo, la cual es realizada mediante la toma de los signos vitales, lo cual es consecuente con lo evidenciado en las observaciones, en las cuales se observó que mientras que la estudiante toma la presión arterial a la paciente, le pregunta al hijo si la paciente fumaba o si cocino con leña, quien le contesta que desde hace más o menos 21 años, que los pulmones le han estado molestando, que antes no sufría de nada y no usaba inhaladores. ONP7-INV

“Utilizamos la, pues lo que nos enseñaron la valoración cefalocaudal, empezar desde la cabeza, todo, valorar al paciente, mirar, tocarlo, examinarlo” E9-ES11.

“La valoración yo la realizo cuando tomo los signos vitales, o sea por ejemplo yo le digo al paciente que le voy a tomar los signos vitales entonces yo comienzo” E1-ES9.

De igual manera, los participantes expresaron, que durante la práctica trabajan con el PAE todos los días cuando tienen cuidado integral en el paciente, sin embargo, cuando tienen la asignación de procedimientos no desarrollan nada con el PAE, así mismo, cuando están en cuidado integral, primero priorizan los pacientes que requieren mayor cuidado, aunque todos lo requieran, con el objetivo de darle un diagnóstico a cada uno.

Además, la priorización la hacen dependiendo de la patología, por ejemplo, en la hipertensión, es estar pendiente de la respiración, “de lo cardíaco”, en consecuencia, auscultar al paciente, tomarle la presión y valorar cuantas veces al día se la tienen que tomar. Se priorizan los procedimientos que tiene, valoran el cumplimiento de restricciones relacionadas con la alimentación y según necesidad le hacen la historia al paciente, como lo describe el siguiente texto significativo: *“Con el PAE trabajamos todos los días de práctica, lo trabajamos cuando tenemos cuidado integral en el paciente, cuando tenemos procedimientos no desarrollamos nada con PAE” E5-ES7.*

Así mismo, los estudiantes manifestaron que planifican lo que van a hacer con el paciente, las actividades y los cuidados que se van a brindar, aunque no muy a profundidad. Cuando el estudiante tiene el paciente asignado, identifica las necesidades alteradas, y en la práctica siguiente entrega el diario de campo de ese día con el PAE del paciente que tuvo asignado: *“(…), También me planifico que es lo que voy hacer con el paciente y cuáles van hacer mis actividades y mis cuidados que le voy a brindar a ese paciente pero no muy a la profundidad, no” E8-ES10.*

La mayoría de los participantes expresaron que antes de ir a valorar el paciente, leen en la historia clínica la evolución, luego se desplazan e inician la valoración preguntando su estado de conciencia, lo valoran físicamente y le toma los signos

vitales. En el examen físico valoran el color de la piel, en los gestos si está alegre o triste, si tiene equimosis, lesiones o si la piel esta integra: *“Primero antes de ir allá leo la historia clínica para no ir a la (---), me cercioro miro toda la historia clínica, la evolución y todo eso, y luego voy yo al paciente, lo saludo, le pregunto, empiezo por ejemplo con su estado de conciencia luego voy lo miro a él físicamente, lo destapo, si le tocó, ya le tomo los signos vitales (---)” E8-ES10.*

En lo concerniente con el saber práctico relacionado con la aplicación del PAE en el paciente, la mayoría expresaron que le ven dificultad para aplicarlo, hacer un diagnostico enfermero y las actividades que de allí se derivan, además tanto la valoración del paciente como la aplicación del PAE están sujetas a cada estudiante, debido a que el profesor no está ahí solicitando ni la valoración, ni la aplicación del PAE. Como resultado, los estudiantes se centran en hacer la valoración según las necesidades de Virginia Henderson, es decir, en identificar en el paciente lo que le hace falta, y hacer las actividades correspondientes, como lo describe la voz de los participantes en los siguientes textos significativos: *“(…) Más que todo valoramos, entonces valoramos con las necesidades de Virginia, eso es lo que siempre se hace, como están que le hace falta y con respecto a eso ya se hacen las actividades” E6-ES8.*

“(…) O sea yo voy aplicar el PAE con el paciente, entonces le veo dificultad para hacer esto, de hacer un diagnostico enfermero, y ya hago mis actividades, pero es más que todo de cada quien, el profesor no está ahí, bueno apliquemos un PAE no, cada estudiante mira como hace la valoración, y si quiere aplicar el PAE como quiera, pues no es algo que el profesor este ahí, ya aplico PAE o ya hizo, no, ya es individual” E6-ES8.

De otro lado, un estudiante manifestó que “ese verraco PAE” en la práctica no lo realiza, al igual que no elabora los diagnósticos de enfermería, siendo posible observar las alteraciones en el paciente según Virginia Henderson, sin embargo el PAE como tal lo desarrolla en la casa para entregarlo al otro día, por lo tanto la aplicación del PAE la lleva a cabo cuando ya ha salido de la práctica:

“Ay ese verraco PAE, en la práctica le digo la verdad no, que yo me ponga a decir este diagnostico relacionado con (---), pero ya como tal voy miro el PAE en mi casa para entregarlo el otro día, (...) Que hay que hacer el PAE me vengo a buscar aquí en los libros, ahí si uno ya lo aplica, pero ya cuando salió de práctica” E9-ES11.

Así mismo, los estudiantes manifestaron que el PAE en la práctica no se integra, porque no queda tiempo para hacerlo en el mismo turno, no tienen la posibilidad de planear de forma previa para el paciente, porque desconocen la patología del paciente, su situación y lo que le hace falta. De igual manera, revelaron que el cuidado que realizan está orientado a la aplicación de medicamentos y a estar pendientes de los efectos adversos del medicamento aplicado, además, sienten que no aplican el proceso de enfermería, como lo describe la voz de los participantes:

“Muchas veces no queda como tiempo para hacerlo en el mismo turno, porque cuando usted recibe el paciente, usted no sabe cual le va a tocar(...) Usted no tiene la posibilidad de planear antes para mi paciente, porque no sabemos qué patología y como en que situaciones está el paciente, que le hace falta” E6-ES8.

En relación con la elaboración del diagnóstico de enfermería, los estudiantes relatan que lo eligen y miran lo “relacionado con”, y el “evidenciado en”, y no encuentra en el libro ninguna etiqueta diagnóstica que les guste, en consecuencia, los estudiantes le asignan otra etiqueta, por tanto sienten que a veces en la práctica se limitan mucho, además, consideran que aún son muy cuadrículados en cuanto a los libros NIC y NOC, debido a que tienen que disponer de un libro para desarrollar el PAE, aunque están más sueltos a nivel de los diagnósticos de enfermería:

“Porque pues la verdad por ejemplo uno es muy cuadrículado todavía en cuanto a los libros, por ejemplo en cuanto a las NIC y NOC, uno tiene que tener un libro para desarrollarlo, puede que uno ya ahora si este más suelto a nivel de los diagnósticos” E1-ES9.

De igual manera, algunos participantes expresaron que algunos profesores “van al grano en plena”, es decir, que durante la clase les indican que no tienen que hacer uso de las NIC o las NOC, sino a partir de la necesidad que le ven alterada al paciente para definir que le harían. Al igual que durante la práctica, el profesor siempre pregunta que actividades o que cuidados le van a brindar al paciente, o cuáles son los principales cuidados de los pacientes:

“Como hay otros profesores que no, por lo menos con el otro profesor, él no es así, el va al grano en plena, por lo menos en la clase nos dice, ustedes a mi muchachos no me tiene que decir a mi váyanse a la NOC a la NOC, al resultado, no, (...) El dice usted que necesidad le ve alterada, ah le veo está, ah bueno usted que haría con ese paciente, a bueno le haría esto y esto pero que yo viéndolo” E5-ES7.

Además, los estudiantes manifestaron que durante las prácticas algunos profesores les preguntan por el diagnóstico de enfermería, sin embargo, al final el estudiante hace el PAE con las 14 necesidades de Virginia Henderson, identifica las actividades y si el profesor se lo solicita lo entrega, de lo contrario lo conserva en el caso de que le sea asignado un paciente similar.

A la vez, manifestaron que hacen el PAE para los profesores, en un instrumento que tienen para consignar aspectos del paciente que tuvieron asignado, es decir, lo hacen pero saben que no lo aplican al paciente, como lo describe la voz de los participantes en el texto significativo: *“De hecho uno les hace PAE a los profesores después en un instrumento que también [pausa], o sea, también uno tiene que hacer un PAE del paciente que usted tuvo y que finalmente uno lo hace pero uno sabe que no lo aplica” E1-ES9.*

La mayoría de los participantes expresaron que el profesor debería enfatizar más en la realización del diagnóstico de enfermería que le harían al paciente, teniendo el paciente al frente y no desde un libro, y en la sustentación tanto del diagnóstico como de las actividades que van a realizar en el semestre que están cursando durante la práctica: *“Y pienso más que el profesor debería de enfatizarnos más en este semestre en la práctica, por ejemplo tengo el paciente, bueno estudiante, usted que diagnóstico le daría a este paciente, ah profe yo le daría este diagnóstico, y porque? Porque le encontré esto y que actividad le va a realizar, o sea yo ya mirando a mi paciente no ir a un libro y buscar lo que dice el libro” E5-ES7.*

Por último, en cuanto a la realimentación del PAE por parte del profesor, todos los participantes manifestaron que esta no se lleva a cabo, como lo describe la voz de los participantes: *“En ningún momento o por lo menos este semestre no lo hemos retroalimentado, no sé de pronto el profesor tenga una estrategia para cuando hemos*

terminado práctica, de pronto sentarse con nosotros, y bueno mira un PAE o no se varios PAES” E5-ES7.

El aprendizaje del cuidado del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, está influenciado por diversos factores relacionados con el entorno o lugar donde se lleva a cabo este aprendizaje, y con los factores intrínsecos inherentes al proceso de pensamiento elaborado por él, al enfrentarse a las diversas situaciones clínicas.

Son significativos los aportes que al respecto ha realizado Benner (1), quien refiere que el estudiante novicio entra a la práctica, con el objetivo de adquirir la experiencia necesaria para desarrollar sus habilidades clínicas, señalando, que hasta momento éstas han sido enseñadas en términos de atributos objetivos, tales como el peso, la temperatura, la presión sanguínea y otros parámetros medibles que pueden hablar de la condición del paciente. Rasgos que según la autora, pueden ser reconocidos por el estudiante sin tener una experiencia situacional.

Por consiguiente, el estudiante novicio al llegar a la práctica tiene un comportamiento basado en el cumplimiento de reglas que van a guiar su desempeño, teniendo poca comprensión del significado del contexto que difiere de lo aprendido en los libros (1), razones que sustentan la importancia de propiciar un aprendizaje basado en el análisis de las situaciones clínicas que surgen durante la práctica y que demandan la interacción del estudiante con el paciente para aprender a identificar sus necesidades con base a sus patrones de respuesta, y en consecuencia favorecer las intervenciones de enfermería que se derivan de ella.

Bajo esta mirada, los hallazgos de la investigación evidenciaron desde los participantes, que en el aprendizaje del saber práctico relacionado con el proceso de atención de enfermería (PAE), los estudiantes lo reconocieron como una manera para llevar a cabo la planificación y evaluación de las actividades, con el fin de ayudar al mejoramiento del paciente que demanda del estudiante conocimiento para su realización.

No obstante se encuentran puntos de desencuentro entre lo que el estudiante aprende y lo que el PAE plantea en su estructura como metodología para propiciar tanto el desarrollo del razonamiento clínico en él, como la aplicación de juicios clínicos representados en los diagnósticos de enfermería, y del que se derivan los cuidados de enfermería.

En primer lugar, se evidenció desde los participantes que durante la práctica clínica, los estudiantes no realizan PAE cuando están en la asignación de procedimientos, a lo que se suma, que la asignación del cuidado integral se centra en el cumplimiento de actividades que incluyen la toma de signos vitales, la preparación y aplicación de medicamentos y la elaboración de registros, situación que no propicia para su actuación, el razonamiento clínico, en la medida que el estudiante no pone a prueba habilidades relacionadas con la interpretación y relación de los aspectos identificados en el paciente, en comparación con lo que encuentra en la historia clínica, los cuales pueden favorecer en él la inferencia y la elaboración de juicios clínicos.

Al respecto Medina (119) expresa, que la formación inicial bajo la perspectiva conductista genera una comprensión que concibe la adquisición básica de una serie de comportamientos y conductas que “merecen (dada su eficacia demostrada en la investigación empírica) que la enfermera reproduzca en el centro asistencial”, las cuales consideran la formación como la adquisición de una serie de destrezas conductuales que se deben practicar y dominar, modelo enfocado en el entrenamiento de competencias técnicas directamente observables y que son consideradas según el autor, como los mínimos imprescindibles para una práctica competente y el elemento esencial del perfil profesional de la enfermería (119).

En segundo lugar, los resultados de la investigación evidenciaron desde los participantes, una falta de claridad en la manera de hacer la valoración del paciente como primera fase del PAE, que propicia la recolección de información hasta llegar al análisis, la inferencia y la síntesis de la misma, debido a que solo se cumplen algunas etapas de esta primera fase, que es considerada fundamental para la elaboración del diagnóstico de enfermería y la planeación de las intervenciones.

Esto se debe según los hallazgos, a que los estudiantes solo realizan la lectura de la historia clínica, la revisión de los exámenes diagnósticos, aunque no siempre se realiza la anamnesis completa al paciente, porque esta se efectúa en el momento de la toma de signos vitales y en el momento de realizar la valoración, el profesor no se encuentra presente.

Además, en la etapa de agrupación de los datos recolectados por medio de la revisión de la historia clínica, la revisión de exámenes diagnósticos, el examen físico y la valoración de aspectos sociales y familiares del paciente, no se utiliza un referente teórico de enfermería por parte de los participantes, que les permita identificar tanto los problemas a intervenir por parte de la enfermera, como los patrones de respuesta del paciente, aspecto que es esencial, debido a que propicia la síntesis de la información recolectada a cerca del paciente, para tener como resultado el inicio de la fase siguiente del PAE, que es la elaboración del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, durante la práctica clínica, según los hallazgos, no se propicia el aprendizaje del juicio clínico, teniendo en cuenta que en su definición es considerado como los diagnósticos que la enfermera realiza con base a los problemas identificados de la situación clínica del paciente y la familia, además, que deben ser estructurados en el contexto clínico frente a la respuesta requerida por la enfermera ante la situación clínica de una persona sujeto de cuidado.

La elaboración de juicios clínicos, implica según lo describe el grupo de investigación de Levett (114), organizar e identificar la información relevante, reconocer inconsistencias, hacer relaciones entre patrones identificados, hacer inferencias por medio de deducciones, por medio de opiniones que el profesional de enfermería se forma a cerca del paciente y su situación en contexto y predecir resultados, lo cual solo es posible dentro del contexto clínico en el momento que la práctica se está ejecutando.

Aunque hay una intencionalidad por parte de los participantes en el uso de un modelo teórico de enfermería para la recolección de la información, este no se aplica por todos los estudiantes y de manera constante en todos los pacientes

asignados para su cuidado, siendo uno de los aspectos que influye en la falta del aprendizaje del razonamiento clínico durante la práctica, a lo que se suma, la dificultad en la integración de elementos relacionados con la fisiología, la patología en cada necesidad según la teoría de Virginia Henderson, debido a la falta de análisis de la información encontrada en el paciente justo en el momento donde es realizada tanto la valoración, como la planeación y la ejecución del cuidado planeado durante el día que se lleva a cabo la práctica.

En consecuencia habilidades como establecer objetivos, y seleccionar el curso de una acción que lleva a la toma de decisiones, no son el predominio del aprendizaje y del accionar del estudiante durante la práctica y donde la aplicación del PAE no es el fundamento para la elaboración de juicios clínicos, sino que es tomado como un ejercicio académico y no como una herramienta para gestionar o brindar el cuidado al paciente.

Este contexto permite señalar que en el aprendizaje el proceso de atención de enfermería (PAE) como una herramienta para brindar el cuidado, presenta varios puntos de desencuentro que se originan desde su enseñanza en la teoría y favorecen una ruptura durante la práctica.

La falta de adopción de los criterios unificados desde el programa para su enseñanza por parte de los profesores asignados de la teoría en el aula y en la práctica, a lo que se suma, que en la enseñanza de los cuidados de enfermería, las intervenciones no están cimentadas en los cuidados de enfermería estandarizados (NIC) en cada clase teórica, ni en la planeación y ejecución del cuidado en la práctica, así mismo, no hay un predominio por intervenir las necesidades del paciente según los hallazgos, sino los síntomas derivados de la enfermedad y del tratamiento médico.

A lo que se adiciona, que los profesores que realizan la enseñanza en la práctica presentan debilidades en las bases epistemológicas de las disciplina, relacionadas con la comprensión y adopción del metaparadigma de enfermería, las visiones de enfermería, los elementos nucleares de la teoría de Virginia Henderson, que trasciende las 12 necesidades del paciente; elementos que determinan la manera como interacciona profesor y estudiante con el paciente, la familia y el equipo de

salud, por consiguiente, se genera una ruptura entre lo enseñado al estudiante en el aula y lo enseñado en la práctica clínica.

Esta ruptura del conocimiento del cuidado de enfermería desde las bases epistemológicas de la disciplina, conlleva a un aprendizaje del estudiante desde la concepción epistemológica del profesor, que no siempre conversa con las bases disciplinares de enfermería, enfocada a dar respuesta a las necesidades que emergen de la enfermedad y su tratamiento. Así mismo, genera repercusiones y en la práctica profesional, en la medida que el estudiante adquiere un conocimiento del cuidado alejado de los supuestos epistemológicos que sustentan la profesión y propiciando la adopción de prácticas que no propenden por valorar las respuestas humanas frente a la pérdida de la salud, el afrontamiento a la hospitalización y al aislamiento, pérdida de la autonomía en el paciente que dicha situación causa.

Situación que puede explicar en un momento dado porque los profesores no presentan un dominio en el proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para el cuidado, y de las teorías de enfermería, en la medida que estos factores causales se manifiestan en las diferentes escuelas de formación, contribuyendo a que el ciclo se perpetúe.

Por lo tanto, es necesario que desde las instituciones formadoras se consoliden estrategias de fortalecimiento disciplinar, que permitan establecer consensos para la adopción de las bases disciplinares en todos los cursos o microcurrículos, y no sea un saber aislado que se estudia en los primeros semestres, pero que no se incluye como el punto de partida para la enseñanza del cuidado en cada curso.

Así mismo, se requiere colocar sobre la mesa profesoral lo que es entendido por “el hacer” de enfermería, el cual, debe estar enfocado hacia la elaboración de juicios clínicos, perspectiva que trasciende el hacer instrumental que predomina en la enseñanza y que confiere un valor insuperable a la práctica clínica, debido a que es el único ambiente de aprendizaje que propicia en el estudiante el conocimiento tácito de enfermería que es la base para su pensamiento enfermero, considerado en su formación inicial como novicio.

Solo a partir de esta experiencia el metaparadigma de enfermería, los supuestos disciplinares, las teorías que sustenta la profesión y el PAE dejaran de ser un mito o un tabú en las facultades de enfermería y en las instituciones donde se lleva a cabo su práctica.

6.1.4.2 “Como aprende” el estudiante el saber práctico

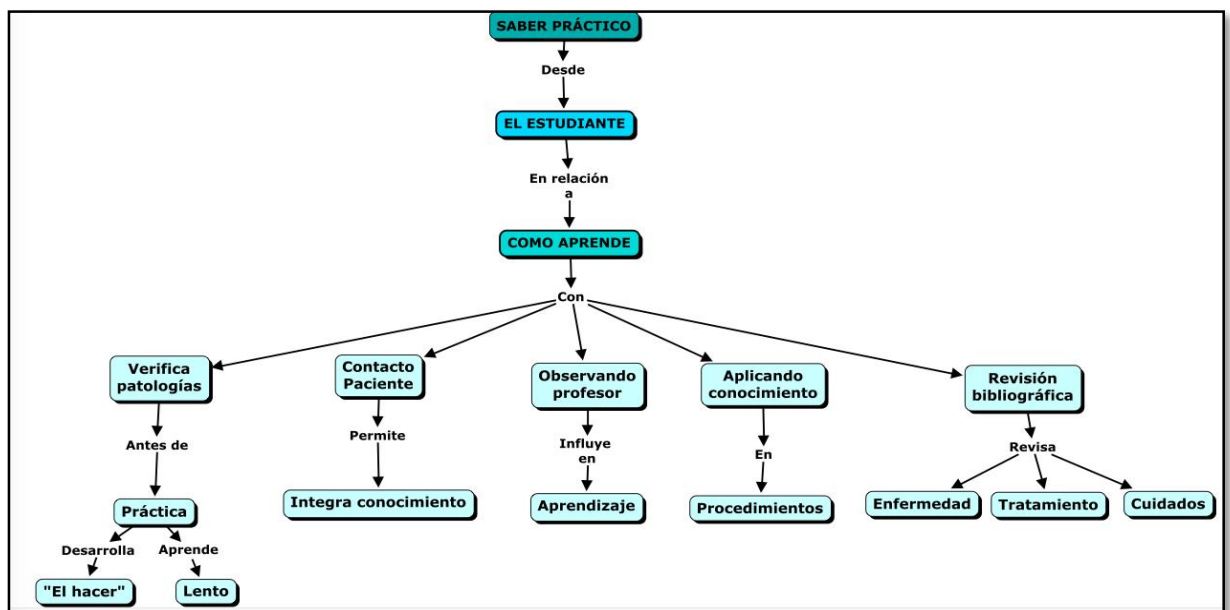


Figura 25. Como aprende los saberes prácticos el estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

La mayoría de los participantes manifestaron que aprenden los saberes prácticos mediante el contacto con el paciente, debido a que en la academia le infunden muchos conocimientos que son muy importantes, sin embargo, el contacto con el paciente es vital para integrar el conocimiento, así mismo, es importante al momento de relacionar las combinaciones farmacológicas, la razón de su prescripción en el paciente, que en el caso de no ser conocidas durante la práctica, son investigadas por el estudiante en casa:

“Yo digo que uno aprende mucho es teniendo el contacto con el paciente, porque uno aquí en la academia le infunden una cantidad de conocimientos, sin embargo son muy importantes; pero el contacto con el paciente es súper importante para uno poder aterrizar lo que uno dice, pues lo relaciona, lo integra” E3-ES1.

Los estudiantes plantearon que un método de aprendizaje de los saberes prácticos, es la verificación de las patologías más frecuentes antes de ir a la práctica, de acuerdo al tipo de servicio en el que van a estar, además de la indicación de algunos profesores a cerca de las enfermedades más comunes, lo que permite al estudiante empezar a estudiar de forma previa.

En lo relacionado con la forma de aprender los saberes prácticos, la mayoría expresó, que la práctica genera un desarrollo lógico de lo que se va a hacer, es decir, permite que el estudiante pueda racionalizar y ser consciente de su actuar, no obstante, un estudiante relató que en la práctica, su aprendizaje ha sido lento, debido a que hay muchas cosas que se ven dentro del servicio, así mismo, relataron que tiene dificultades con el aprendizaje del saber relacionado con los cuidados del paciente en situaciones específicas, con conceptos que no entiende, el nombre y las abreviaturas utilizadas, situación que dificulta la comprensión de lo que le van a realizar al paciente, como lo expresan la voz de los participantes:

“A mí me ha dado mucha dificultad los cuidados que se deben tener con el paciente con diferentes tipos de sangre, y hay muchas cosas que por ejemplo que por el nombre, yo no las entiendo, que una eco de estrés, que una eco de TT, y porque van utilizando las abreviaturas o en el recibo de turno, ellos hablan y uno copia cosas que no logro entender, pero que al final usted no sabe ni que es, ni que es lo que le van hacer al paciente” E1-ES9.

De igual manera, manifestaron que aprenden a partir de la observación, en primer lugar, escuchar y observar el hacer del profesor, para después realizar de manera independiente lo observado, porque el estudiante aunque sabe la teoría, debe observar primero como se hacen los procedimientos, es decir, la técnica, y así, puede realizarlos e interiorizarlos de manera más fácil.

Así mismo, algunos estudiantes relataron que en el aprendizaje de los saberes prácticos, influye el profesor, debido a que consideran que es la persona de quien aprenden en la práctica, y es quien a su vez, les permite complementar los saberes teóricos recibidos en la clase magistral: *“En la práctica ahí ya influye mucho el profe, porque es que en la práctica como voy yo aprender, yo aprendo de lo que me enseñaron en la teoría, como me enseñaron la teoría, clase magistral, si, ¿si ve que se complementa?” E5-ES7.*

De otro lado, un participante expresó, que aprendió de la forma como el profesor llevo a cabo la valoración de un paciente, debido a que fue más claro, más específico, además le facilitó el aprendizaje, por la manera como fue cuestionando lo que fue valorado en ese momento: *“De pronto algo que me llamo la atención que hizo el profesor, porque generalmente no lo habían hecho, uno si tenía pues la idea como se realiza la valoración del paciente, pero él fue más claro, mas específico, nos mostro cual fue la valoración con un paciente que él la iba haciendo, y nos iba cuestionando, lo que valoramos en este momento (...)” E3-ES1.*

De igual forma, la mayoría de los estudiantes plantearon que otros métodos utilizados para el aprendizaje de los saberes prácticos, es mediante las preguntas que realiza el profesor del estado del paciente y del tratamiento farmacológico, al igual que expresaron, que disfrutaban del aprendizaje cuando este se lleva a cabo por medio de la explicación por parte del profesor al finalizar la sesión del día, de temas que son relevantes en la práctica:

“Por ejemplo le pregunta que tiene su paciente, ¿cierto? entonces uno empieza a explicarle ahí, y porque tiene eso su paciente, o porque le va administrar usted este medicamento; por ejemplo a mi me toco un anti-inflamatorio entonces me pregunto que es un anti-inflamatorio y cuáles son los efectos adversos de un anti-inflamatorio, usted como lo va a administrar” E1-ES9.

La mayoría de los participantes consideraron que aprenden de la realimentación, es decir, “escuchando a los otros”, más que de un libro, realizada por los compañeros y el profesor, quien hace un aporte muy significativo, porque es quien explica de forma más clara las cosas. La realimentación por parte del profesor se lleva a cabo en un momento que no tiene actividades pendientes, o al finalizar el

turno del día, el profesor pregunta acerca de lo que tenía el paciente, el motivo de ingreso a la unidad, los medicamentos que está recibiendo, si tenía acompañantes, es hacer por parte del estudiante un resumen del paciente durante el día, como lo describen el siguiente texto significativo:

“Entonces de cada paciente asignado el profesor da la retroalimentación, ¿cierto?, entonces él pregunta ya puede ser en un momento que no tenga actividades pendientes, o ya al finalizar el día, el turno, (...) Te preguntan que tenía el paciente, porque ingreso a la unidad, que medicamentos está recibiendo, si estaba acompañado, que le hagan un resumen como del día, como tal del paciente y ya” E6-ES8.

Por otro lado, los estudiantes expresaron que en el aprendizaje de los saberes prácticos, tratan de tomar lo bueno y aprender de cada una de las experiencias que el profesor le relata, debido a que consideran que los profesores son personas estudiadas y especialistas. Por lo tanto, escuchan de cada profesor para tratar de crear “su propio concepto:

“Uno siempre trata como de coger lo bueno y aprender como de cada una de las experiencias que él le cuenta a uno, y como ellos son personas que son como estudiadas, son especialistas, Muchas veces una profe le dice a uno una cosa y va usted donde otro profesor y le dice otra cosa, entonces es como uno tratar de integrar cada cosita que le da el profesor para así uno crear su propio concepto” E9-ES1.

Los estudiantes plantearon, que aprenden haciendo algo práctico, no tan teórico, es decir, aplicando los conocimientos sobre un procedimiento, haciendo una curación, o en el caso de medicamentos, visualizando para que sirven estos, del mismo modo manifestaron, que aplican en el paciente durante la práctica los conocimientos estudiados en clase, lo teórico, lo relacionan y verifican si es verídico con la ayuda del profesor:

“En la práctica también lo visual, cuando estamos por ejemplo haciendo algo práctico, no tan teórico sino que yo estoy aplicando mis conocimientos sobre un procedimiento, o sea una curación, se me queda más que lo hagamos práctico, o sea de pronto voy a decir un medicamento, entonces yo voy a ver el medicamento, de pronto así, para que sirven, todo así visto, que lo pueda visualizar” E6-ES8.

De igual modo, manifestaron que para el aprendizaje de los saberes prácticos durante la realización de procedimientos, el profesor brinda confianza, lo que

permite estar muy seguros en el momento de hacer algo y aplicar los conocimientos con tranquilidad y seguridad ante el paciente, así mismo, si el estudiante tiene una duda en ese momento, le pregunta al profesor de forma disimulada, con una mirada o con un silencio, el profesor casi siempre capta la información para intervenir de forma inmediata, como lo expresa la voz de los participantes en el texto significativo:

“(…) Mientras uno va por ejemplo a hacer un procedimiento en sí, en este momento el profesor que tenemos nos brinda mucha confianza, entonces nos permite estar muy seguras, en el momento de hacer algo él no está así como poniéndonos nerviosos, no, él te deja que apliques los conocimientos y que te sientas tranquila y segura ante el paciente más que todo” E6-ES8.

Por otro lado, los estudiantes expresaron que también aprenden relacionando los exámenes diagnósticos con los pacientes que tiene asignados, y sino los conocen indagan a cerca de lo que pueden hacer, además siempre están aprendiendo, solo que hay estrategias que le ayudan en la práctica, como el hacer, el cual es muy importante, debido a que tienen que conocer como se realizan ciertas cosas que solo se aprenden en la práctica, porque solo con la teoría no queda interiorizado bien el conocimiento, es decir, si el estudiante tiene la oportunidad de practicar algo, queda con ese conocimiento:

“Uno aprende siempre, sino que hay estrategias que a uno le ayudaban en la práctica, el hacer, el hacer es muy importante; uno tiene que conocer como se realizan ciertas cosas, y eso solo se aprende en la práctica, pues eso con solo teoría no queda interiorizado bien el conocimiento, si uno tiene la oportunidad de practicar algo, ya a uno queda con ese conocimiento” E3-ES1.

Otros métodos que son propicios para el aprendizaje de los saberes prácticos son las exposiciones, debido que no ejercen presión sobre el estudiante al momento de hacerlas, éstas son temas asignados al inicio de la práctica, de las enfermedades relevantes en el área de medicina interna, donde a cada estudiante se le asigna un tema específico para cada día: *“Al inicio de las prácticas se repartieron como unas exposiciones que cada una debía de dar después de la práctica sobre las enfermedades más relevantes en esta área de medicina interna, nos la repartimos pues, ya se supone que después de cada práctica hay una exposición de un tema específico” E1-ES9.*

Al hacer referencia a la experiencia de cuidado como método de aprendizaje del saber práctico, los participantes relataron que eligen un paciente durante la práctica que les llame la atención por la enfermedad, por el problema que éste tiene, por el estrato sociocultural, o por cualquier otro factor, se enteran de todo lo relacionado con el paciente y al final del semestre exponen el caso. En la exposición presentan el cuidado integral brindado, incluyendo la educación, además, los estudiantes expresaron que están con el paciente en todo el proceso que permanece el paciente hospitalizado en la clínica, y en ocasiones se comunican de forma telefónica para hacer seguimiento de su enfermedad, como lo expresan en el texto significativo:

“La experiencia del cuidado es coger a un paciente, empaparme bastante de lo que él tiene o sea de un paciente que a mí me llame la atención, sea por la enfermedad, por el problema que tenga, por el estrato sociocultural, o por cualquier facto, (---) al final del semestre ya (---) se expone el caso” E5-ES7.

En lo relacionado con la revisión bibliográfica como método para el aprendizaje de los saberes prácticos, se observó que tanto estudiantes como profesor se disponen a realizar la revisión bibliográfica en un aula, donde se lleva a cabo la revisión de los temas asignados en el cronograma. *ONP8-INV.*

En el desarrollo de la revisión bibliográfica, se observó que el desarrollo del tema se inicia por parte de una estudiante leyendo desde su libreta de notas el tema propuesto, mientras el profesor empieza a desarrollar la temática, con base a preguntas que realiza a los estudiantes, quienes van respondiendo en la medida que revisan los apuntes o desde la búsqueda que hicieron en el teléfono celular. *ONP4- INV.*

Además se observó que los tópicos estudiados incluyen la definición de catéter, tipos de catéter, explicación de la técnica del paso del catéter al paciente, como se usa para el paso de medicamentos, la técnica para higienización del tapón y complicaciones relacionadas con el manejo del catéter. Al terminar la revisión del tema se pasa la revisión del tópico siguiente sin hacer el proceso de atención de enfermería del tema revisado, del paciente con catéter central. *ONP4- INV.*

De igual manera, en la revisión bibliográfica para el aprendizaje de los saberes prácticos, se observó que también se presentan temas relacionados con la morbilidad del paciente, en este, la presentación inicia por parte de la estudiante, teniendo en cuenta en su orden la definición de la enfermedad, la epidemiología, la fisiopatología los signos y síntomas y el tratamiento. *ONP8-INV.*

Además, se expone el motivo de ingreso del paciente a la institución, se presenta la nota de enfermería realizada por la estudiante el día que tuvo el paciente asignado, el tratamiento farmacológico del paciente, quien culmina la revisión bibliográfica con la exposición de un diagnóstico de enfermería, del cual se desprenden los cuidados planteados por la estudiante teniendo en cuenta la patología del paciente. *ONP8-INV.*

El plan de atención de enfermería contiene el diagnóstico enfermería y los cuidados de acuerdo a la patología, sin embargo, se observó la falta de planeación de los cuidados acorde a las necesidades identificadas en el paciente. No se presenta por parte del estudiante las necesidades que identificó durante el tiempo que cuidó el paciente en las horas de práctica que tuvo el paciente asignado, el cual no es solicitado con estos criterios por parte del profesor de práctica clínica. *ONP8-INV.*

Para analizar como aprende el estudiante los saberes prácticos, se parte de la premisa de las ambigüedad que presentan las situaciones clínicas, debido a diversidad de las experiencias que se viven en ella, y que implican la interacción con pacientes, familiares, y el equipo de salud, aspectos que llevan a los estudiantes de enfermería, a tener que organizar su pensamiento para poder usar su conocimiento y juzgar que cambios puede realizar, o de forma contraria, identificar los elementos se pueden excluir de una situación determinada, afirma Benner (130), a lo que se suma, que las situaciones de cuidado pueden cambiar rápidamente y de manera invariable, lo que obliga al estudiante a confrontar situaciones clínicas para las cuales no está preparado.

La autora (130) hace mención, de la importancia del uso de pedagogías de contextualización que propenden por propiciar el aprendizaje del estudiante a partir de la articulación en la práctica clínica, de los saberes teóricos aprendidos

en el aula o en los laboratorios de simulación, experiencia que incluye de parte del estudiante la interacción con los pacientes sujeto de cuidado y la familia, de manera que le permita valorar el entorno del paciente, su naturaleza social para poder brindar el cuidado requerido, además, de identificar como el significado que paciente tiene hacia la enfermedad y la salud, factores que son esenciales para favorecer la recuperación del paciente hospitalizado, más aún en el con enfermedad crónica, caracterizado por la influencia que tienen sus hábitos de vida y su interacción con el entorno, con factores co-adyudantes a la agudeza de su enfermedad o a la adaptación a la misma.

Bajo esta mirada, al referir los hallazgos de la investigación desde los participantes, se evidenció que los estudiantes consideran que aprenden los saberes prácticos mediante el contacto con el paciente, debido a que les permite relacionar e integrar el conocimiento aprendido en la academia, relacionados con las combinaciones farmacológicas y las enfermedades más comunes, lo que ubica como un saber recurrente en la investigación del saber centrado en la enfermedad y el tratamiento de la misma y sobre la cual giran las intervenciones a realizar por el estudiante durante la práctica clínica.

Al respecto Collier (54), define que existe una diferencia entre cuidar y tratar, a la vez, sustentando que en la actualidad el tratamiento ha absorbido y acaparado los cuidados, al punto que cuidar cubre de manera prioritaria todo aquello que es del dominio del tratamiento, de la curación, situando los cuidados fundamentales para mantener la vida y permitir la lucha contra la enfermedad, a un lugar secundario, casi accesorio y en ocasiones extinto del accionar de la enfermera, factores que se encuentran presentes en el accionar del estudiante de enfermería en el proceso de enseñanza-aprendizaje del cuidado en la práctica.

Aunque la práctica le genera al estudiante un desarrollo lógico de lo que va a realizar, en ocasiones presentan dificultades con el aprendizaje del saber relacionado con los cuidados con el paciente debido a que no comprende algunos conceptos o terminología que son propios del ambiente clínico, con un predominio en la realización de actividades, que limitan la interacción con el paciente, la cual es necesaria para la identificación de sus necesidades tanto físicas, como aquellas que hacen referencia al mundo subjetivo del paciente, factor determinante en las

respuestas humanas hacia su proceso de afrontamiento a la pérdida de la salud y al aislamiento derivado de la enfermedad, como es el caso del paciente con enfermedad crónica.

Cabe señalar, que el proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante de enfermería durante la práctica clínica está sujeto al contacto directo que él tiene con el paciente y la familia en contexto, en ese sentido, Benner (130) refiere, que a partir de este nivel de interacción, el estudiante principiante o novicio puede aprender “el que” y “el como” y “el donde” realizar las intervenciones de cuidado de enfermería a partir del desarrollo del juicio clínico, a la vez, que le propicia la formación del saber relacionado con la identificación de prioridades , aprendizaje que hacen parte del “conocimiento tácito de la enfermera” y que solo es posible en la experiencia clínica que vive a partir de la interacción directa con paciente y con la familia.

Benner (130), considera este aspecto fundamental en el estudiante principiante, porque está en el inicio de la formación de este conocimiento tácito, el cual no posee cuando llega a la práctica clínica, y que solo se propicia a partir de la valoración del paciente y la priorización, que lo llevan a desarrollar habilidades para elaborar el juicio clínico, derivado del aprendizaje dirigido para establecer las prioridades de cuidado del paciente.

Así mismo, los resultados de la investigación evidenciaron desde los participantes, que los estudiantes aprenden a partir de la observación del hacer del profesor y aunque reconocen que saben la teoría, primero deben observar cómo se hacen los procedimientos, a la vez, que les permite complementar los saberes teóricos recibidos en las clases magistrales, situación que rescata la importancia de la participación del profesor en durante la valoración del paciente, en la medida que le permita asesorar al estudiante por medio de cuestionamientos de los hallazgos para la planeación del cuidado que se va a brindar durante la sesión de la practica en el día a día, más que en el acompañamiento de procedimientos.

Este contexto, permite identificar una situación que se vuelve cíclica en el proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado durante la práctica en el estudiante de

enfermería. El estudiante aprende los hilos conductores que hacen parte de las prácticas de cuidado durante la enseñanza de los saberes teóricos centrados en la enfermedad y el tratamiento, muy alejado la gran mayoría de las veces de la identificación de las necesidades humanas de la persona sujeto de cuidado.

Llega a la experiencia de la práctica clínica, donde traslada el cúmulo de saberes teóricos aprendidos en el aula, y confronta su realidad aprendida con la realidad objetiva del entorno clínico, caracterizada por un rol de enfermería centrado en los procedimientos del paciente y la administración mediada en la transcripción de órdenes médicas, con una interacción enfermera-paciente orientada a informar el tratamiento médico, y una interacción enfermera-medico representada por una relación unidireccional, no participativa.

Dentro del entramado de procesos que giran en torno a la enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, es fundamental los elementos que el estudiante observa y que hacen parte de las prácticas de enfermería en el entorno clínico, y que están determinadas por la manera como establece las relaciones en principio con el paciente sujeto de cuidado y con las diferentes profesionales que integran el equipo de salud, incluyendo el profesor.

Este contexto propicia en el estudiante un aprendizaje por modelamiento durante la práctica que favorece el distanciamiento entre los pilares epistemológicos que sustentan la práctica de enfermería a partir de intervenir las necesidades humanas hacia un accionar dirigido a tratar la enfermedad y los síntomas que produce en el paciente, situación que es predominante en la experiencia observada por el estudiante en su práctica académica.

En ese sentido, se resalta la importancia de realizar la retroalimentación al estudiante por parte del profesor, durante las sesiones que el quipo de salud o las enfermeras llevan a cabo las interacciones con los pacientes y la familia, que propicie en el estudiante aprender a partir de la reflexión que realiza de lo que observa y piensa a cerca de las decisiones que evidencia de las enfermeras y de los profesionales que integran el equipo de salud hacia el paciente sujeto de cuidado que le fue asignado.

Al respecto Medina (134) refiere, que el conocimiento no es anterior a la acción, sino que reside en ella, a la vez, que este conocimiento no predetermina la acción sino que se encuentra implícito en la acción y se revela a través de ella, así mismo, el autor sustenta, que existe una clara diferencia entre la reflexión que realiza un profesional, como es el caso del profesor y un principiante, en el caso del estudiante, debido a que “el primero se enfrenta a diario a casos y situaciones que son muy similares y el conocimiento que utiliza suele ser más especializado, fruto de reflexiones previas sobre situaciones similares” (134), experiencia clínica que para el estudiante esta en inicio de su formación.

Para el profesor la experiencia repetida hace que desarrolle conocimientos, estrategias, imágenes, expectativas y técnicas que le permiten valorar las situaciones a las que se enfrenta y decidir las acciones más adecuadas, afirma Medina (134). Es importante puntualizar que el saber y el conocimiento del profesor centrado desde un accionar procedente de la corriente técnica y desde la visión de enfermería particularista-determinista que fragmenta el ser humano y deja de lado su esfera subjetiva, tiene una influencia determinante en el aprendizaje del estudiante y en la formación de su visión de enfermería, y en consecuencia, de su actuación al establecer interacciones con el paciente y la familia, por lo tanto, en el aprendizaje de las intervenciones que llevara a cabo en la persona sujeto de cuidado.

En síntesis, aunque los participantes reconocen que el contacto con el paciente es esencial para integrar el conocimiento, en su actuación durante la práctica clínica este nivel de interacción esta caracterizado por acciones que giran en torno a la enfermedad y a la realización de actividades derivadas del tratamiento, en consecuencia, el cuidado de enfermería no se establece acorde a la valoración de necesidades identificadas en el paciente, evidenciado en un relación con una baja interacción de diálogo con el paciente y la familia. Así mismo, se resalta la importancia que tiene la influencia del profesor y su desempeño en el modelamiento del estudiante durante la práctica clínica, debido a que según los hallazgos es considerado la persona de quien más aprenden los estudiantes en esta fase de su formación.

6.1.4.3 Encuentro del estudiante con la evaluación de los saberes prácticos – “Cómo es evaluado”

Con relación a la evaluación del saber práctico, la mayoría de los participantes manifestaron que es la forma de evidenciar lo que aprendió tanto en el aula como durante la práctica, es decir, saber que “ha cogido el concepto”, además, expresaron que el hecho de ser calificado le genera una exigencia, porque sino es evaluado, el estudiante hace las cosas según considera que debe hacerlas: *“La evaluación es como una (---), es como evidenciar lo que uno aprendió durante la práctica y en el aula en sí la evaluación es como evidenciar que uno si haya aprendido, que si haya como cogido el concepto” E9-ES11.*

Además, expresaron que la evaluación es muy importante porque permite verificar los conocimientos que se han brindado y que el estudiante debe tener presente en el momento de hacer un procedimiento, con el objetivo de no hacer daño al paciente en el caso de no realizarlos de manera adecuada, como lo describe el texto significativo: *“Para verificar los conocimientos que se han dado, que si estén como presentes y que uno no vaya como sin saber nada, ellos [los profesores] tienen como la finalidad de que uno no le vaya a hacer un daño al paciente” E6-ES8.*

En ese orden de ideas, un participante manifestó que les gusta ser evaluado porque es la realimentación de las cosas que ha hecho bien o que están sujetas a mejoramiento, por lo tanto, considera que es necesaria, porque a partir de los errores que el estudiante puede aprender: *“Yo pienso que la evaluación es muy importante por lo menos a mí me gusta que me evalúen, pues porque es la retroalimentación de que cosa debe mejorar y que cosas pues he hecho bien, es necesaria porque igual a partir de los errores que uno comete, uno por ejemplo en mi primera práctica me fue muy mal y a partir de eso yo dije, no, voy muy mal” E1-ES9.*

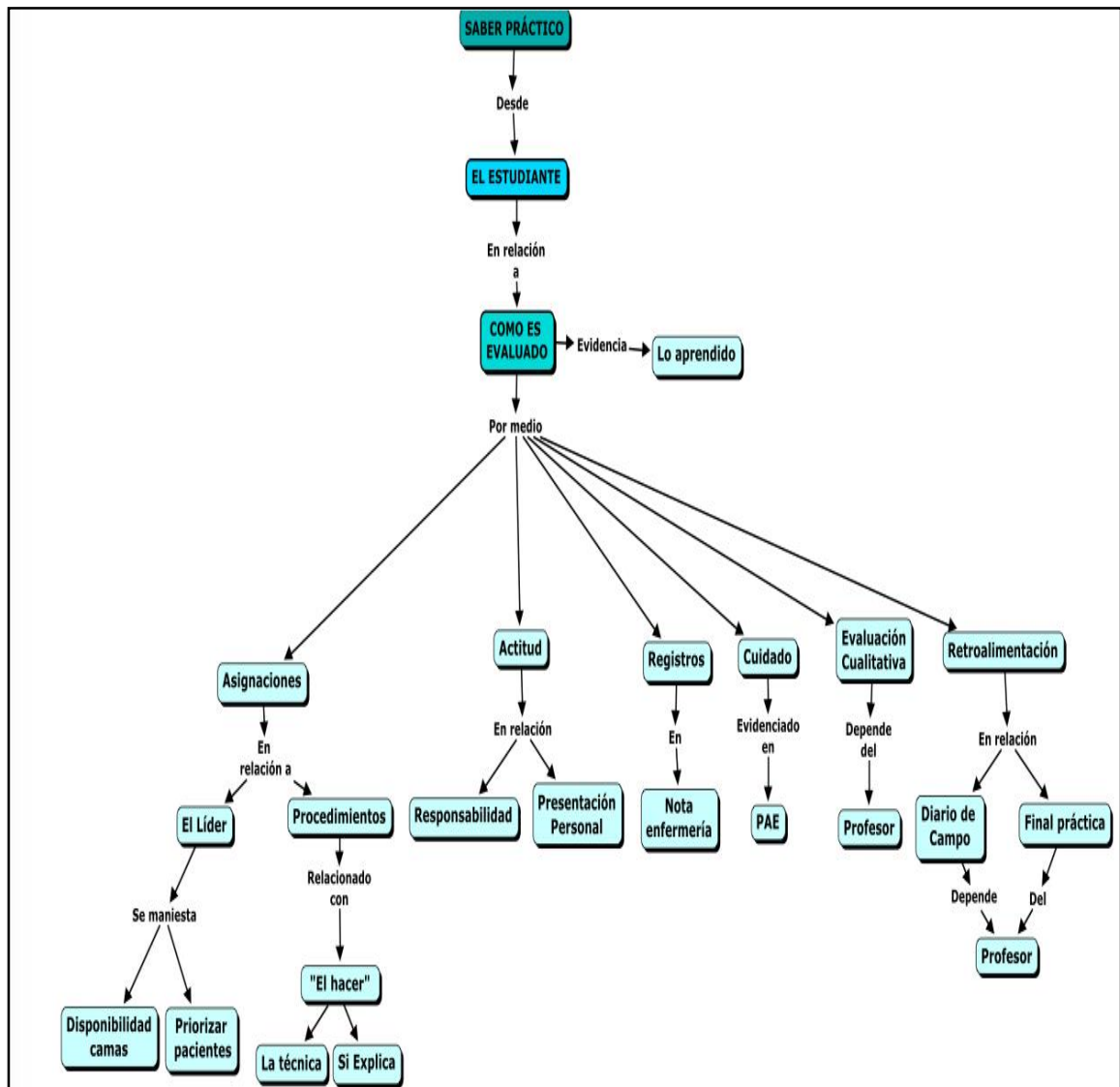


Figura 26. Como es evaluado el estudiante en práctica. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Al hacer referencia a la manera como es evaluado el saber práctico, algunos expresaron que es muy subjetivo, y que desconocen la forma cómo va a calificar el profesor en el semestre en curso, o si va a calificar habilidades o destrezas, debido a que hay profesores que se enfocan en la habilidad, lo que ocasiona que algunos estudiantes obtengan bajos resultados, porque hay personas que tienen

menor destreza que otras, a la vez consideraron que él puede estar evaluando todo el tiempo, no obstante, no reciben realimentación a cerca de su proceso, de manera que les permita saber si van ganando o perdiendo la práctica:

“Bueno en la práctica, profe en la práctica siento que eso es súper subjetivo, claro, es que yo no sé cómo va a ser, como va a calificar el profesor este semestre, no sé si va a calificar habilidades o destrezas porque, hay profesores que califican mucho la habilidad, por ejemplo para aplicar medicamentos, hay personas que tienen más poca destreza que otros, a veces puede irle mejor a una persona que a otra” E5-ES7.

En ese mismo sentido, manifestaron que en la práctica evalúan de varias formas, el desempeño y la agilidad que tiene el estudiante, es decir, la oportunidad para hacer todo, incluyendo los registros, además, el cuidado del paciente que es evidenciado a través del proceso de atención de enfermería que se entrega al docente por cada paciente asignado, de igual manera resaltaron la importancia de no ser evaluados delante del paciente, porque no es adecuado que el estudiante no tenga conocimiento en un momento dado frente al paciente, lo que genera una pérdida de la credibilidad en el momento de brindar el cuidado. *“Bueno en la práctica evalúan de varias formas, el desempeño que se tenga, también evalúan agilidad, que todo este a tiempo, que todos los registros estén a tiempo, que se hagan de forma adecuada, (...) el cuidado del paciente también es evaluado, se evidencia a través de un proceso de atención de enfermería que se entrega al docente por cada paciente asignado” E3-ES1.*

Otro método utilizado para evaluar el saber práctico, según lo expresado por los participantes es mediante las asignaciones, en el caso de la estudiante líder, de manera individual, el profesor le pregunta acerca de todo el servicio, disponibilidad de camas, priorización de pacientes, identificación de pacientes estables, con dolor o con algún requerimiento. En cuanto a la asignación de procedimientos, expresaron que les evalúan el hacer, la técnica y como se desenvuelve el estudiante cuando debe dar alguna explicación: *“La que es líder pues el profesor ya más o menos tiene y evalúa por separado, el va y le pregunta acerca de todo el servicio, entonces cuantas camas hay en el servicio, pues que uno esté pendiente en si en un servicio completo, priorizar los pacientes, quien está en ese momento estable, o quien tiene dolor o quien necesita algo” E4-ES6.*

Del mismo modo, expresaron que los saberes prácticos también se evalúan por medio de la revisión de la nota de enfermería, el recibo de turno, la actitud, la presentación personal y la valoración del paciente, además, la responsabilidad y los conocimientos nuevos por medio de exposiciones o seminarios dentro de la misma práctica, para estos últimos se programa una hora determinada al finalizar cada día, como lo describen en el texto significativo: *“Y aparte de eso nos evalúan que conocimientos nuevos, que son exposiciones o seminarios dentro de la práctica, o sea nosotros cuádranos una hora determinada que terminamos práctica y después hacemos exposiciones, así también nos evalúa; la responsabilidad también siempre así” E4-ES6.*

De otro lado, un participante planteó que en ocasiones los profesores olvidan evaluar lo teórico, destacó la importancia de preguntar por la teoría, debido a que el saber teórico enseñado en el aula es lo que el estudiante va a hacer en la práctica, sin embargo es frecuente encontrar profesores que se centran en la destreza que el estudiante tiene en la clínica: *“A veces se les olvida a los profesores lo teórico, nos deben de preguntar la teoría, la teoría es lo que (---) en la práctica vamos a hacer, lo que nos explican en la teoría. A veces muchos profesores se rigen mucho como en la destreza que uno tiene en la clínica, pero también tienen que evaluar lo teórico” E5-ES7.*

En cuanto a la evaluación cualitativa, expresaron que se realiza en la mitad de la rotación, consiste en que cada docente manifiesta a cada estudiante las fortalezas y las debilidades y en qué áreas debe mejorar, no obstante, ésta se realiza dependiendo del profesor, debido a que en el semestre en curso no se llevó a cabo, por lo que el estudiante refiere que es un proceso que debería ser efectuado, porque le permite tener conocimiento sobre la manera de hacer las cosas y de los aspectos sujetos a mejoramiento en el tiempo que le queda de rotación: *“La evaluación cualitativa es a mitad de la rotación cada docente se sienta con cada estudiante, entonces le dice : usted tiene fortalezas en esto y creo que tiene debilidades en tales cosas y que mejorar usted va más o menos así entonces si va bien o si va mejorando” GF2-ES1.*

Así mismo, consideraron que no siempre se recibe la realimentación al finalizar la práctica, debido a que el profesor asigna una nota sin que el estudiante tenga conocimiento en que ha fallado, como resultado en el próximo semestre puede

cometer el mismo error o ser calificado con una debilidad, cuando pudo ser valorado en el semestre actual: *“Por ejemplo este semestre el profesor me puso una nota pero yo no sé realmente en que falle, entonces puede que en el próximo semestre yo vaya a cometer ese mismo error y que del otro semestre me digan que es una debilidad donde de pronto desde este semestre me lo hayan podido decir”* GF2-ES6.

Por último, en cuanto al diario de campo, los participantes expresaron que es un formato entregado por el profesor, que consta de cuatro parámetros, la actividades realizadas durante el día, la autoevaluación, que es escribir la manera como se sintió el estudiante en la práctica y los compromisos que él asume, también se registran las actividades realizadas y los aspectos que considera debe mejorar, este es entregado al profesor, para lo cual no se tiene un día establecido y el estudiante no recibe la realimentación o la devolución del mismo: *“El diario de campo es un formato que nos dejó el profesor, en ese diario hay cuatro parámetros que son: actividades realizadas y que hicimos todo el día, autoevaluación, es escribir en ese formato como nos sentimos en la práctica y que compromisos vamos a tener, que realizó, que va a mejorar y eso es como un diario que tiene cualquier ser humano sino que ya enfocado en la práctica”* E5-ES7.

“(…) Se entrega al profesor... no lo hemos retroalimentado y no sé si se lo iremos a retroalimentar, pues en este semestre no, y en los semestres anteriores nunca lo retroalimentamos ni nada, el profesor es más ni siquiera los devuelve” E9-ES11.

Al analizar los hallazgos relacionados con la evaluación realizada al estudiante de los saberes en la práctica clínica, se evidencian desencuentros relacionados con la valoración por parte del profesor enfocada a las habilidades técnicas para llevar a cabo los procedimientos.

Así mismo, la falta de realimentación al estudiante, no solo a las experiencias descritas en el diario de campo por él, sino también al finalizar la práctica, debido a que los hallazgos refieren desde los participantes la asignación de la nota sin realimentar al estudiante en los aspectos que debe mejorar o fortalecer durante el resto de su formación.

Existe un predominio de la evaluación sumativa, la cual, limita la realimentación en aspectos que requieren modelar el conocimiento del estudiante acorde al perfil del profesional de enfermería, según Brown y Glasner (104), esto solo se logra a partir de la evaluación formativa, que exige por parte del profesor, llevar a cabo un “feedback para aprender”, es decir, una realimentación continua al estudiante, que debe ser llevado a cabo, según las autoras, “en un tiempo razonablemente breve después de la actividad de aprendizaje” (104).

Un hallazgo evidenciado en la investigación desde lo expresado por los estudiantes participantes, es la evaluación de los saberes prácticos relacionados con el cuidado de enfermería, que es realizado mediante la valoración del proceso de atención de enfermería (PAE) por parte del profesor, cuando es entregado al día siguiente por el estudiante, del paciente asignado. En consecuencia, en el aprendizaje del cuidado, el estudiante no recibe una realimentación a cerca de la manera como planea las intervenciones de enfermería derivadas de los juicios clínicos que realiza a partir de las necesidades que identifica en los pacientes, y la familia, durante la práctica, por lo tanto, no se realimenta la manera como estas intervenciones fueron efectuadas en el tiempo que se ejecuta cada sesión de práctica en el día a día.

Esta situación no favorece la práctica reflexiva en el estudiante, y es contraproducente en la formación del conocimiento tácito de enfermería que solo surge en contexto de la interacción entre estudiante-paciente-familia en una situación clínica. Así mismo, se resalta la importancia de la realimentación por parte del profesor en la medida que su conocimiento como enfermero experto, orienta el pensamiento del estudiante, hacia el análisis de elementos que no son reconocidos como importantes y que pueden ser fundamentales en la recuperación del paciente, aspecto característico en el enfermero novicio.

En síntesis, la evaluación del estudiante durante la práctica clínica está enfocada en la valoración de las habilidades y destrezas que este adquiere en cada una de las asignaciones y de las actividades que se derivan de estas. Hay un predominio de la evaluación sumativa, la cual, limita la realimentación de aspectos cualitativos que son importantes en la formación del estudiante. Un hallazgo relacionado con la evaluación del cuidado de enfermería durante la práctica, evidencia que esta se

realiza con base al proceso de atención de enfermería que es entregado por los estudiantes al profesor, y no tiene realimentación en la misma sesión de práctica en el día a día, limitando la posibilidad de la formación del conocimiento tácito de enfermería y de juicios clínicos en el estudiante.

6.1.5 Relación teoría – práctica

Integración y aplicación del conocimiento: una mirada desde el profesor y el estudiante

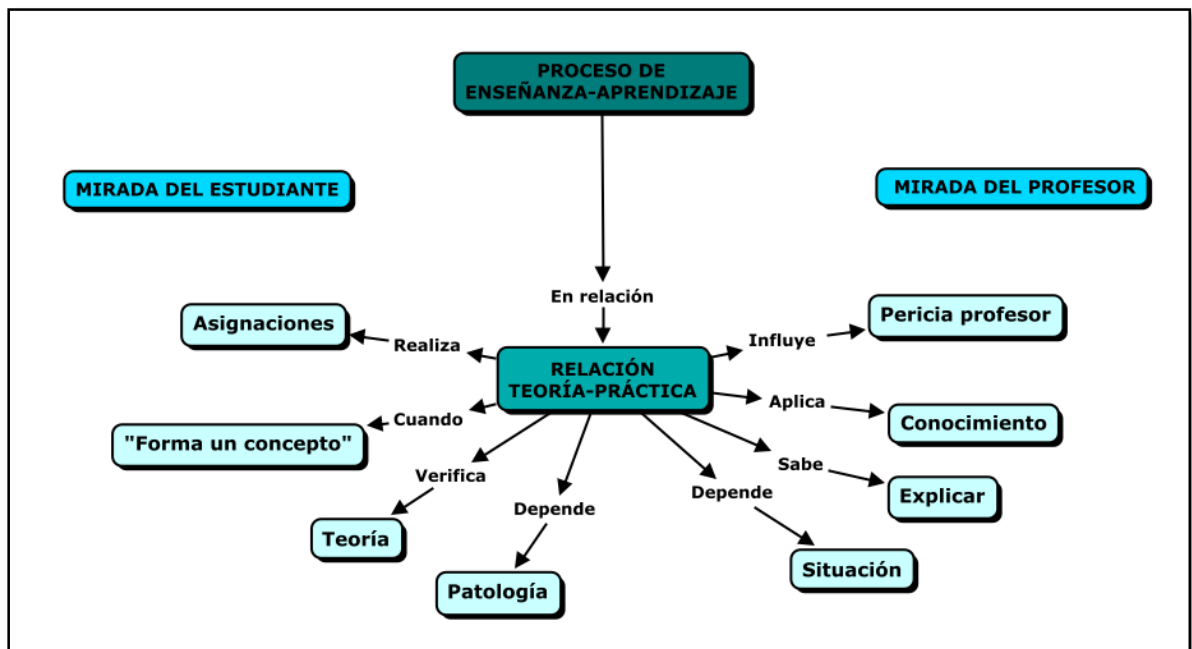


Figura 27. Relación Teoría-Práctica. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

Al hacer referencia a la relación de la teoría con la práctica, se evidenció que los profesores presentan diversas definiciones alrededor de la integración y aplicación de conocimiento, debido a que consideran que el estudiante lleva a cabo este proceso, cuando son capaces de utilizar todo lo que el profesor le enseña, tanto en la teoría como en la práctica y ponerlo al servicio de otra persona, es decir,

cuando el estudiante es capaz de utilizar la teoría, además, de explicar de una manera que el común de las personas pueda comprender, cuando sabe el porqué de las cosas. En el caso de la administración de medicamentos, saber porque va a administrar, porque en el intervalo de tiempo, y la manera de diluirlo y administrarlo, a la vez, que le pasa al paciente si deja de administrarlo en las horas establecidas:

"Saber el porqué se lo va a administrar a ese paciente, saber porque es cada cuatro horas, y saber en cuanto lo va a diluir, en cuanto lo va a pasar, que le pasa a ese paciente si ya deja de administrarlo en una de las horas establecidas o por dejar de recibirlo, que le va a pasar a ese medicamento" E7-P3.

Además, expresaron que la integración de conocimiento surge cuando el profesor observa que el estudiante que no era capaz de responder a un cuestionamiento simple, puede argumentar. Así mismo, todos los participantes consideraron que en la práctica es muy complejo aplicar los conocimientos en una misma situación, solo es posible dependiendo de la situación que se presente y de la enfermedad que tenga el paciente, donde juega un papel importante la pericia del profesor para las asignaciones del estudiante, propiciando un cambio de contexto para que él pueda aplicar la mayor parte del conocimiento teórico que tiene, como lo describe el texto significativo:

"Se puede integrar todo, allí es donde juega un papel importante en la pericia o la malicia que tenga el profesor, yo no le voy a dar a un estudiante lo mismo todas las practicas, yo necesito que el cambie de contexto para que el pueda aplicar la mayor parte de conocimiento que tiene teórico practico a la práctica" E7-P3.

Al hacer referencia a la integración del conocimiento desde la mirada de los estudiantes, expresaron que integrar es tomar un concepto que tienen en la cabeza y relacionarlo lo que se está haciendo en la práctica, permitiendo al estudiante "formar un concepto", a partir de estos dos elementos, situación que les permite comprobar si es verídico lo enseñado en la teoría, por consiguiente, se puede relacionar la teoría con la práctica, en la medida que se evidencia que lo aprendido en el aula corresponde a lo que sucede en la práctica.

De forma contraria a lo manifestado por un participante, quien considera que es muy diferente lo que ven en la teoría, a lo que sucede en la realidad, en el caso de los procedimientos, la teoría recibida en el aula en ocasiones no está relacionada con lo que las enfermeras hacen durante la práctica, por lo tanto, el estudiante se debe adaptar a lo que hacen en la institución, generando en él confusión frente a lo estudiado y a la bibliografía recibida acerca del tema:

“Sin embargo profe, a veces es muy diferente lo que uno ve en la teoría, a lo que en realidad pasa (---), a ver yo me ubico en la práctica, por ejemplo en un procedimiento, la teoría que nos dan aquí a veces no tiene nada que ver con la que ellos hacen, uno se tienen que adaptar mucho a lo que ellos hacen” E3-ES1.

Así mismo, expresaron que integran el conocimiento dependiendo de la patología que tiene el paciente, el estudiante “se acomoda” y trae a recordación lo que ha estudiado de la enfermedad, los factores de riesgo, los síntomas y el tratamiento, sin embargo, un participante manifestó que no todo es posible de aplicar, debido a que hay muchas cosas que no alcanzan a ver en una rotación.

En cuanto a la aplicación del conocimiento, los participantes plantearon que se lleva a cabo a partir de las actividades que realizan en cada asignación. En el caso de “líder”, por medio de la educación que brindan en todo el servicio a cerca de lo que son las enfermedades cardiovasculares, y en la asignación de cuidado integral, en la administración de medicamentos, debido a que deben recordar los conocimientos que se brindan en clase, los efectos en el paciente, para ser informados en el momento que van a ser administrados:

“Entonces yo pienso que en el momento de administrar los medicamentos, siempre se debe tener los conocimientos que se dan en clase, (...) en el momento que uno trae los conocimientos que ha adquirido y mirar que reacciones puede tener el medicamento y comentárselas al paciente, cuanto le voy a administrar y si está bien la dosis, uno debe tener los conocimientos y ponerlos allá en práctica, para no tener la posibilidad de si algo no están bien, comunicarlo pero a base de conocimientos ” E6-ES8

En ese orden de ideas, manifestaron que en la práctica entienden muchas cosas de la teoría, lo que les permite relacionarlas y verificar lo enseñado, además, que la teoría siempre va de la mano de la práctica, por tanto, consideran que no es consecuente que un estudiante asista a la práctica sin conocimientos, debido a que va generar en él inseguridad o inactividad durante la rotación, a lo que agregaron que teoría y práctica son un conjunto, porque un estudiante con solo teoría, sin la práctica, es algo como “vacío”, por consiguiente, el estudiante aplica lo que aprende en el aula, como lo describe la voz de los participantes:

“Incluso uno en la práctica entiende de la teoría muchas cosas, y uno las relaciona, claro, ya sé porque nos decían esto, o porque se está dando, y uno ya lo ve en la práctica, entonces ya uno dice, si tenían toda la razón, pero nunca va de un lado la teoría de otro lado la práctica” E8-ES10.

Para analizar la relación teoría-práctica, se parte de la premisa planteada por Meleis, quien afirma, que “La teoría es el objetivo de todo trabajo científico, la teorización es un proceso central en todas las actividades científicas y el pensamiento teórico, es esencial para todos los acuerdos profesionales” (44), donde juega un papel importante el pensamiento crítico para el desarrollo del pensamiento teórico.

De igual manera, la autora (44) refiere, que la teoría y el pensamiento teórico no se limitan a la teorización en la disciplina. El pensamiento teórico está integrado a todos los roles que desempeñan las enfermeras en los diferentes campos de actuación, lo que convierte en un aspecto esencial, el conocimiento teórico disciplinar por parte de los profesores para la enseñanza de los saberes de enfermería tanto en el aula como en la práctica clínica.

Bajo esta premisa, al referir los hallazgos de la investigación, se evidenció como tanto profesores como estudiantes consideran que existe una relación entre la teoría y la práctica, en la medida que el conocimiento teórico permite al estudiante aplicar el conocimiento en las actividades que realiza desde las asignaciones que le son otorgadas, dependiendo tanto de la situación clínica como de la enfermedad del paciente sujeto de cuidado.

Así mismo, se evidenció como puntos convergentes, que tanto profesores y estudiantes consideran que el estudiante integra los conocimientos cuando argumenta “el porque” de las acciones que realiza, es decir, demuestra capacidad de argumentación.

Sin embargo, los hallazgos evidenciaron que la teoría recibida en el aula no recrea la práctica clínica del estudiante en su totalidad, al centrar las acciones de profesores y estudiantes en la búsqueda de oportunidades de enseñanza aprendizaje encaminadas al desarrollo de habilidades y destrezas procedimentales, alejada de las bases disciplinares de la enfermería, en ese sentido, afirma Mejía (140), que para entender cómo relacionar los conceptos teóricos en la práctica diaria, es necesario conocer la estructura jerárquica del conocimiento, partiendo desde el primer componente y más general, como lo es, el metaparadigma de enfermería.

Al respecto Meleis (44) refiere que existe una cierta confusión sobre el papel de la teoría en el desarrollo del conocimiento y en el papel de los investigadores y de los clínicos como teóricos, situación que en sentido inverso, hace que la práctica no recree la teoría, por los vacíos investigativos en primer lugar, por parte de los profesores universitarios alrededor de la pedagogía para la enseñanza aprendizaje del cuidado tanto en la teoría como en la práctica, que permita abrir espacios de discusión y generar consensos a cerca de la manera como la disciplina está siendo enseñada desde el aula hasta la práctica clínica en diferentes contextos. En segundo lugar, por la falta de implementación de los resultados de las investigaciones clínicas en enfermería realizadas y al poco diálogo existente entre la academia y las instituciones de salud donde se lleva a cabo el ejercicio profesional desde los diversos ámbitos.

Estos elementos ocasionan una separatividad entre el conocimiento teórico disciplinar y su aplicación desde la docencia, la asistencia y la gestión del cuidado, debido a la falta de comprensión desde la formación inicial de los sustentos epistemológicos que estructuran la disciplina de enfermería y que son la base para el desempeño del profesional de enfermería en cualquier contexto.

En ese sentido, Meleis (44) afirma, que la teoría hace más eficiente y efectiva la práctica, al orientar la actuación del profesional de enfermería por objetivos de enfermería, lo que favorece un uso eficiente tanto de la energía como del tiempo de la enfermera, al identificar las áreas de evaluación o intervención que puedan ser manejadas de manera más eficiente y experta por otros miembros del equipo de salud, la enfermera conserva su propia energía, tiempo y talento para las zonas y fenómenos para los cuales ella está bien preparada, refiere la autora (44).

En síntesis, existen convergencias en la manera como profesores y estudiantes comprenden la relación teoría-práctica, relacionadas con la capacidad de argumentación por parte del estudiante y la aplicación del conocimiento en las diversas actividades que se desprenden de las asignaciones durante la práctica clínica, sin embargo, es un saber recurrente el centrar el conocimiento y la actuación en el desarrollo de habilidades procedimentales alrededor de la enfermedad y el tratamiento. Así mismo, existe una brecha en la formación del estudiante de enfermería entre el conocimiento disciplinar y los saberes centrados en el manejo de la enfermedad, alejado de los bases epistemológicas de la ciencia de enfermería, que propendan por un ejercicio profesional autónomo a partir de las intervenciones de cuidado desde las necesidades humanas identificadas en el paciente y la familia.

6.2 Interacción Comunicativa en el Cuidado

El ser humano es un ser social por naturaleza, y la comunicación se encuentra sobre la base de las relaciones que establece para poder llevar a cabo su convivencia y permanencia en el mundo. Sobre esta premisa descansan los pilares de su desarrollo como persona en relación con el mundo del cual hace parte.

La comunicación es un proceso continuo y dinámico que surge de la interacción entre dos personas, permite al ser humano expresar su forma de interpretar y situarse en el mundo, trasciende la transmisión de información, señalan Cibanal, Arce y Carballal (141). En ese orden de ideas, la comunicación en el cuidado de enfermería, se constituye como el horizonte sobre el cual se plasman las acciones

de los profesionales de enfermería a partir de las situaciones de cuidado que emergen en cualquier esfera donde lleve a cabo su práctica.

Gadamer (142), articula el concepto de situación con el de horizonte; la noción de horizonte significa dirección, orientación, sentido. El que tiene horizonte es poseedor de un sentido de lo que es posible hacer en condiciones históricas específicas, es percatarse de la tensión entre sus propias pretensiones y la realidad en la que se encuentra.

En este sentido es prioritario realizar el análisis de la situación en la que se halla el cuidado, las condiciones de historicidad en las que hoy se realiza y que están definidas por la racionalidad científico técnica y tecnológica. “Ella es la que define por anticipado nuestra relación con las cosas, con el mundo, con los otros y la que poco a poco ha ido transformando nuestros comportamientos cotidianos: nuestra manera de trabajar y de estudiar, de formarnos y de informarnos, el empleo del tiempo libre; así como también nuestras capacidades: la memoria, la imaginación, el pensamiento, tanto para los procesos de creación como nuestros aprendizajes vitales” (143).

En el contexto educativo, la comunicación juega un papel fundamental, en la medida que media las relaciones que surgen entre profesores y estudiantes, como protagonistas iniciales del proceso enseñanza aprendizaje, y que en el contexto de esta investigación está implícita en las interacciones comunicativas que surgen con otras personas que hacen parte del entorno clínico, como son los pacientes y los profesionales que conforman el equipo de salud.

A continuación se presentan los hallazgos relacionados con la categoría interacción comunicativa durante el proceso de enseñanza aprendizaje relacionada con el Profesor, el Estudiante y el equipo de salud (Figura 24).

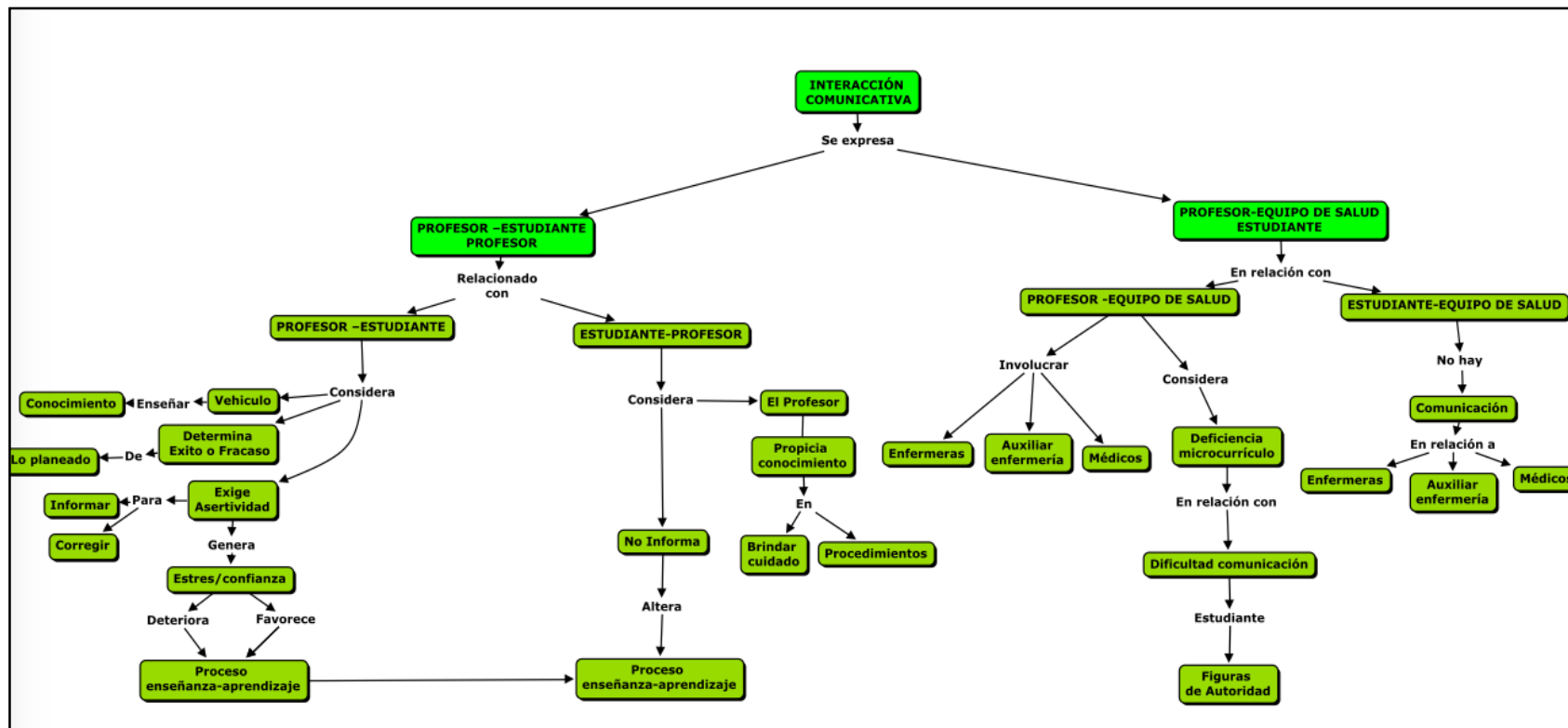


Figura 28. Interacción comunicativa durante la práctica clínica. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

6.2.1 Interacción comunicativa Profesor/ Estudiante/Profesor

Al hacer referencia a la comunicación con el estudiante, los profesores participantes expresaron que es tan importante como los conocimientos que tienen que adquirir desde la práctica, debido que van a ser los líderes de un servicio, por lo tanto deben tener una buena comunicación con todo el personal que labora en una institución.

Dicha situación exige que el profesor tenga asertividad a la hora de corregir, de felicitar, de manifestar al estudiante como se hace algo o en el momento de preguntar porque lo está haciendo, teniendo en cuenta además, que en la práctica el estudiante se forma para el ejercicio profesional y que de una buena comunicación, depende el fracaso o el éxito de lo que planeó durante un mes o más tiempo, como lo describe el texto significativo:

“A mí me parece que la comunicación con el estudiante es tan importante como los conocimientos que ellos tienen que adquirir desde la práctica, porque es que nosotras vamos a hacer las líderes de un servicio entonces tenemos que tener una buena comunicación con todo el mundo, desde la niña de apoyo del aseo hasta el coordinador o director médico de una institución” E10-P1.

Al hacer referencia a la comunicación asertiva, los participantes expresaron que es importante tenerla con cada estudiante, para indicar lo que le falta en un momento dado, explicar cuando se requiera, informar las “reglas del juego”, como las fechas de los quices, a la vez expresaron, que la comunicación es asertiva cuando no se expone al estudiante a una realidad en la cual no sabe las cosas, y que se le manifieste de una forma correcta como se hacen, esto le permite tener posibilidades de superación, de colocar sus cinco sentidos y su potencial en lo que va a hacer, es decir, comunicarse de la forma más amena posible: *“Entonces es importantísimo que haya una comunicación asertiva con cada estudiante, que tú con cada uno te sientes a hablar, mira a ti te falta esto, mira te explico esto otra vez, mira estas son las reglas del juego, el quiz es tal día, no tiene cambio de fecha, no tiene cambio de hora” P3-E1.*

De igual manera, un participante manifestó, que el grado de relación puede generar en el estudiante confianza o estrés, teniendo en cuenta que si una persona esta estresada, no va a tener sus cinco sentidos sobre el proceso que

tiene o que quiere ejecutar, por lo tanto, el estudiante tiene el riesgo de no aprender o de no desarrollar completamente sus habilidades, además, la comunicación es una herramienta que puede deteriorar o favorecer el proceso de enseñanza tanto en la teoría como en la práctica, porque si se utiliza como el mejor vehículo para enseñar el conocimiento, es más fácil después sacarlo o evocarlo y obtener los resultados que el profesor desea, como lo describe la voz del participante:

"Yo pienso que la comunicación es una herramienta que puede deteriorar o favorecer un proceso de enseñanza durante la práctica y en la teoría igualmente también, porque si se utiliza como el mejor vehículo para yo poder enseñar ese conocimiento, es más fácil después de ahí, sacarlo o evocarlo y sacar los resultados que yo quiero obtener" E2-P2.

Así mismo, los estudiantes expresaron, que la comunicación con el profesor es muy importante, debido a que es el principal representante de los estudiantes en la institución, a la vez, se requiere comunicación basada en la confianza, que dé lugar a la manifestación oportuna de eventos o accidentes que puedan suceder, para no incurrir en errores o no ser informados, a la vez, depende de cada profesor el grado en que pueda darse la comunicación que permita hacer un trabajo en conjunto con él, porque se han encontrado profesores que no escuchan, ocasionando que tanto estudiante como profesor vayan en direcciones contrarias y solo se enfoquen en evaluar, mientras otros tienen comunicación efectiva y están pendiente de lo que le pasa al estudiante:

"Eso ya depende de cada profesor en qué grado el deja que uno pueda comunicarse, y de estar haciendo un trabajo en conjunto con él, (...) que no hay forma de decir nada, entonces yo por mi parte y usted por su parte y ya, ellos constantemente te evalúan y nada más, hay otros que si permiten la comunicación efectiva y estar pendiente de nosotros, que le pasa, que vamos a hacer" E6-ES8.

En este sentido, consideraron que la comunicación es muy importante porque además es el profesor quien tiene los parámetros para orientar, educar, y dar a conocer lo que va a ser evaluado, a la vez, que es la persona de quien aprenden en primer lugar, a quien le deben rendir cuentas, sin embargo, no siempre acuden a él cuando surgen dudas, algunas veces los estudiantes le preguntan a la auxiliar encargada del paciente y muy poco a la jefe.

Además, expresaron que cuando este proceso comunicativo no es propiciado por el profesor, es decir, no informa las fechas de entrega de trabajos, los criterios de evaluación, las actividades que debe hacer el estudiante, se altera el proceso de enseñanza aprendizaje y no se va lograr un buen resultado a nivel del grupo, como lo describe la voz de los participantes en el siguiente texto significativo:

“(...) Se supone que en si uno aprende es de él [del profesor] que está a cargo, y uno le tiene que rendir cuentas es a él, pero uno siempre le pregunta a la auxiliar a la jefe muy poquito, más que todo a la auxiliar que está a cargo del paciente que uno tiene y si pues o sea a el profe uno solo va y le responde le pregunta algunas cositas” E4-ES6.

Así mismo, resaltaron la influencia de la comunicación en la enseñanza y de escuchar al estudiante durante las prácticas, porque le facilita el conocimiento a cerca de su aprendizaje, y de manera simultánea, permite al profesor identificar qué aspectos están bien o están mal, porque los participantes consideraron que es el profesor quien tiene los conocimientos, en consecuencia, es quien lo propicia y lo hace más fácil en el momento de hacer un procedimiento o de brindar el cuidado al paciente, como lo señala el texto significativo:

“(...) La comunicación tiene que ver mucho [en la enseñanza], porque ahí usted se cerciora si está aprendiendo o no está aprendiendo, o sea tiene que ver mucho, porque al escucharnos, él [profesor] se va a dar cuenta que está bien o está mal” E4-ES6.

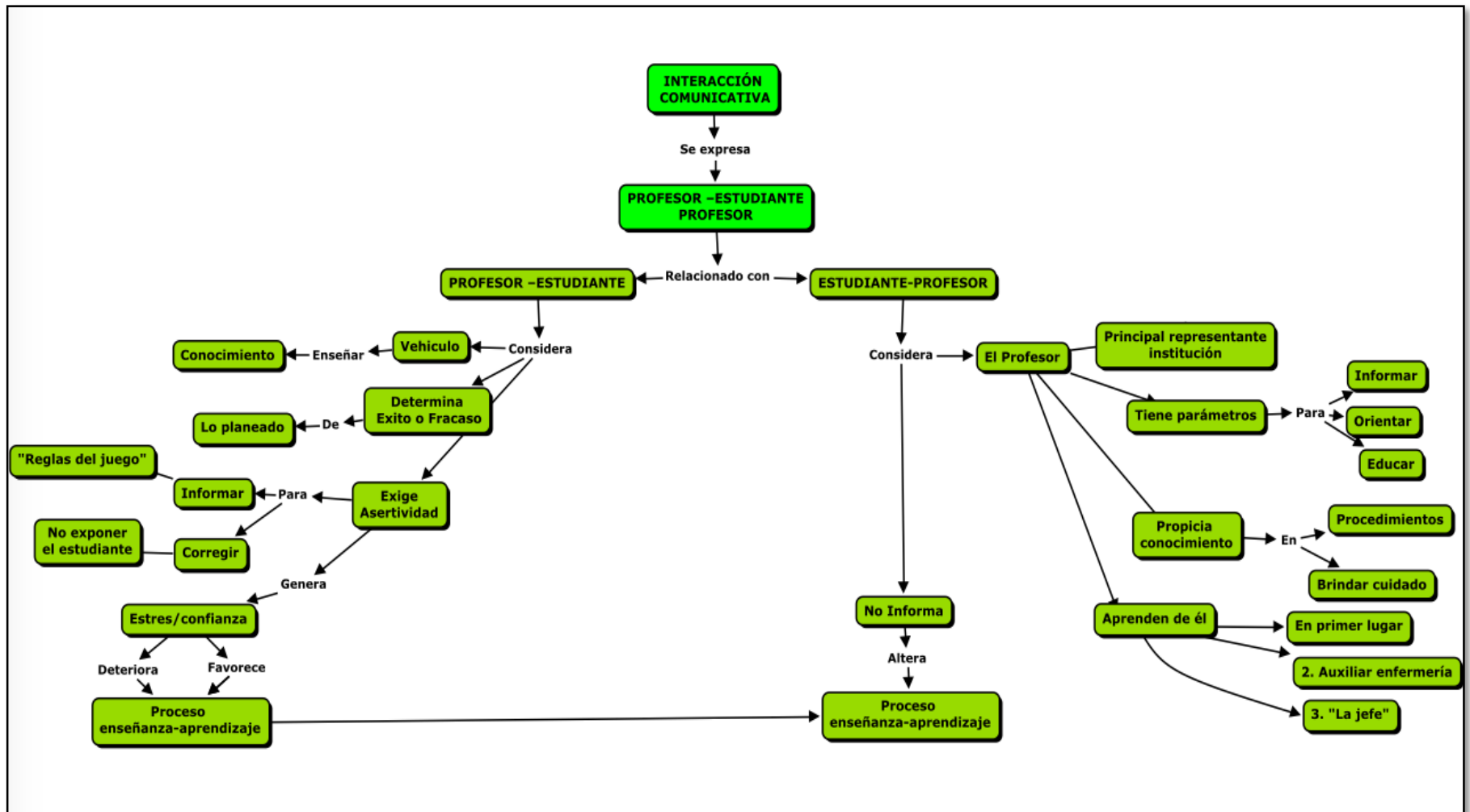


Figura 29. Interacción comunicativa Profesor-Estudiante-Profesor. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

El proceso enseñanza aprendizaje esta mediado por diversos factores que interactúan mutuamente, entran en juego, los saberes que son considerados relevantes por el profesor para ser parte del currículo, los métodos que él considera apropiados para llevar a cabo la enseñanza, los recursos disponibles que permiten el cumplimiento de lo planeado, el conocimiento base que el profesor tiene para el ejercicio de su rol docente, y la disposición del estudiante para hacerse partícipe en este proceso. No obstante, es importante considerar que las dinámicas educativas no son posibles sin contemplar las interacciones comunicativas que surgen entre profesor, estudiante y en el contexto clínico, con el equipo de salud.

Se parte de la base, que la comunicación es el camino mediante el cual se constituye el ser humano como un ser social y la educación como el vehículo para favorecer ese proceso de adaptación de la persona en la sociedad, con el fin de favorecer su desarrollo humano y profesional en la disciplina que elige para su formación.

Por lo tanto, al analizar los hallazgos de la investigación relacionados con la comunicación como escenario de la enseñanza y aprendizaje del cuidado, implica la necesidad de generar un acercamiento con las formas habituales de comunicación en la cotidianidad en la vida personal de cada ser humano, y en el cuidado como objeto de conocimiento de la disciplina de enfermería.

“Somos seres en conversación”, afirma Gadamer (142), haciendo referencia a que el aprendizaje depende de cada cual; el ser humano se educa con otros porque es un ser en conversación, en relación con otros, de esta manera una persona se constituye en la comunicación, por medio de las experiencias que intercambia con los otros, afirma el autor (142).

Bajo estas premisas, al volver la mirada a los hallazgos de la investigación, desde la voz de los participantes se evidenció que los profesores consideran que la comunicación es tan importante como los conocimientos que se deben adquirir durante la práctica, teniendo en cuenta que los estudiantes se están formando para ser los líderes en un servicio, por lo tanto, deben tener una buena

comunicación con todo el personal que labora en una institución. Situación que demanda del profesor tener una comunicación asertiva durante el proceso de enseñanza aprendizaje.

En ese sentido, se rescata la conceptualización que frente al proceso comunicacional presenta Habermas (51), al concebir la comunicación como un proceso lingüístico en relación con el otro, donde se dotan de significados los sentidos que cada uno comprende a cerca del mundo, situación que ubica al profesor en un marco de comprensión del mundo subjetivo del estudiante, lo cual, trasciende la acción normativa planteada por el autor (51), en la que predomina la socialización de la norma y las expectativas sembradas frente hacia su cumplimiento. En estos términos, la comunicación se convierte en el mecanismo para plasmar el horizonte de la práctica, lo que se espera que el estudiante logre dentro de los parámetros planteados y el lenguaje no se constituye como el vehículo para la construcción de significados en conjunto entre profesor-estudiante.

En ese sentido, Sandoval (144) afirma, que en el ámbito educativo los aprendizajes no sólo deben ser referidos a las cosas en la realidad, sino que deben construirse alrededor del sentido, a la vez, que resalta la importancia de reconocer que la realidad no sólo tiene un componente objetivo material, sino un significado contenido que debe ser relevante para todos los comprometidos en un proceso educativo social determinado.

Si bien el aprendizaje es personal, afirma (145), la educación como proceso social, se constituye como el camino mediante el cual cada persona realiza un esfuerzo individual por aprender, que lo remite a los otros, dado que es de ellos de quienes recibe la palabra, la tradición. El otro es siempre el interlocutor que irrumpe en el mundo privado de las percepciones y el monólogo privado, sujeto a error. Es ahí, donde toma importancia el rol del profesor como dinamizador del proceso comunicacional en el estudiante, en la medida que se potencien las posibilidades para que él desarrolle habilidades de socialización a partir de la interacción que en principio lleva a cabo con el profesor.

Al referir los hallazgos de la investigación, se evidenció que la comunicación es considerada como una herramienta que puede deteriorar o favorecer el proceso de enseñanza, tanto en la teoría como en la práctica, debido a que se utiliza como el mejor vehículo para enseñar el conocimiento, y dependiendo del grado de relación que se establece con el estudiante, le puede generar confianza o estrés, en consecuencia, el estudiante tiene el riesgo de no aprender o de no desarrollar sus habilidades.

No obstante, aunque el profesor es considerado por los estudiantes como el representante ante la institución donde llevan a cabo la práctica, y quien tiene los criterios para educar y orientar, el nivel de relación que se puede generar depende de cada profesor, debido a que los estudiantes han encontrado profesores que no escuchan y solo se enfocan en evaluar, ocasionando que ambos vayan en direcciones contrarias. En este sentido, la comunicación que se establece se fundamenta en acciones de tipo estratégico, es decir, centradas en el cálculo intencionado del logro de objetivos planeados de forma previa, pero no aunados a las expectativas y concertaciones entre dos o más sujetos, como lo afirma Habermas (51).

Este tipo de relaciones subyacen en un lenguaje que solo tiene en cuenta el mundo objetivo del profesor y que desconoce el mundo intersubjetivo del estudiante, lo cual, deriva en una comunicación caracterizada por acciones unilaterales enfocadas en la búsqueda del éxito de lo planeado, manifiesta en informar las fechas de entrega de trabajos, los criterios de evaluación, las actividades que se deben hacer por el estudiante, que si bien son aspectos facilitadores del proceso de enseñanza – aprendizaje, no determinan el nivel de interacción encaminado a que el estudiante genere conciencia de sí mismo, de sus acciones, de su aprendizaje como estudiante de enfermería en formación, elementos centrales del desarrollo humano que van a determinar su accionar en la práctica clínica en el momento de brindar cuidado al paciente.

Es importante señalar, que en este contexto las relaciones intersubjetivas pierden su sentido definiéndose entonces una comunicación con fines estratégicos y no comunicativos, en la cual la acción que se busca es lograr determinados fines, por ejemplo: la administración de un medicamento, la preparación para un

procedimiento, el suministro de una dieta, la realización de una curación, la preparación para una cirugía, el registro de unos datos, es decir, una serie de actividades que si bien son importantes, por sí solas no llevan a la comprensión de lo que está pasando en la persona cuidada y en la relación de cuidado.

Por lo tanto, se resalta la importancia de la comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje, como un aspecto fundamental que abre la ventana para que el estudiante perciba en el profesor, el profesional de quien aprende en primer lugar, y quien plantea el horizonte de las prácticas de cuidado y el pensamiento de enfermería en el entorno clínico.

Además, toma relevancia que el aprendizaje solo es posible, según refiere Moreira (146), a las actividades de interacción comunicativa que ocurren en el lugar donde se lleva a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje, donde se conduce a la construcción conjunta de significados. En ese sentido, el autor sustenta citando a Mortimer y Scott (147) , que aunque el aprendizaje es considerado como un evento eminentemente individual, se encuentra insertado en actividades de naturaleza colectiva que llevan a cabo profesores y estudiantes en un entorno social determinado, que para la presente investigación concierne a la sala de hospitalización donde se lleva a cabo la práctica clínica.

En síntesis, se resalta la importancia de la comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje de los saberes durante la práctica clínica, donde el lenguaje que surge en la interacción comunicativa entre profesor-estudiante-profesor, no solo es el vehículo mediante el cual el profesor da conocer los propósitos formativos de la práctica clínica, los saberes y la manera cómo van a ser estos evaluados, sino que es además, el hilo conductor para el aprendizaje del cuidado en contexto por parte del estudiante de enfermería.

6.2.2 Interacción comunicativa Profesor/ equipo de salud/ estudiante

En cuanto a la comunicación del profesor con el equipo de salud, los participantes expresaron que es importante involucrar al personal, para lo cual el profesor entrega una copia del cronograma establecido a las enfermeras del servicio, brinda información de todo lo que los estudiantes van a hacer tanto en toda la semana como durante los días de la práctica, también el profesor informa de manera directa al profesional de enfermería encargado, el tiempo que permanecerán en el lugar, los procedimientos que se llevarán a cabo, si se van a tomar pacientes de alta o baja complejidad y la razón que sustenta la elección de pacientes acorde a las necesidades que el profesor detecta en el estudiante, como lo describe la voz de los participantes:

"La comunicación tanto con el estudiante como con las personas que trabajan allá es supremamente importante, yo he optado por involucrar el personal, les doy una copia del cronograma, hay jefes que me lo piden, uno da información de todo lo que hacen o de lo que va a hacer en toda la semana, o durante los días que va a estar ahí" P3-E1.

En contraste con lo evidenciado durante las observaciones no participantes, se observó al profesor acercarse al puesto de enfermería y preguntar de forma directa a la enfermera encargada por los procedimientos pendientes, a la vez, que informa al finalizar la mañana las curaciones realizadas, con que se realizaron y las condiciones en que se encontró la herida, dando recomendaciones a cerca de la manera como debe continuar realizándose este procedimiento. ONP3-INV - ONP5-INV.

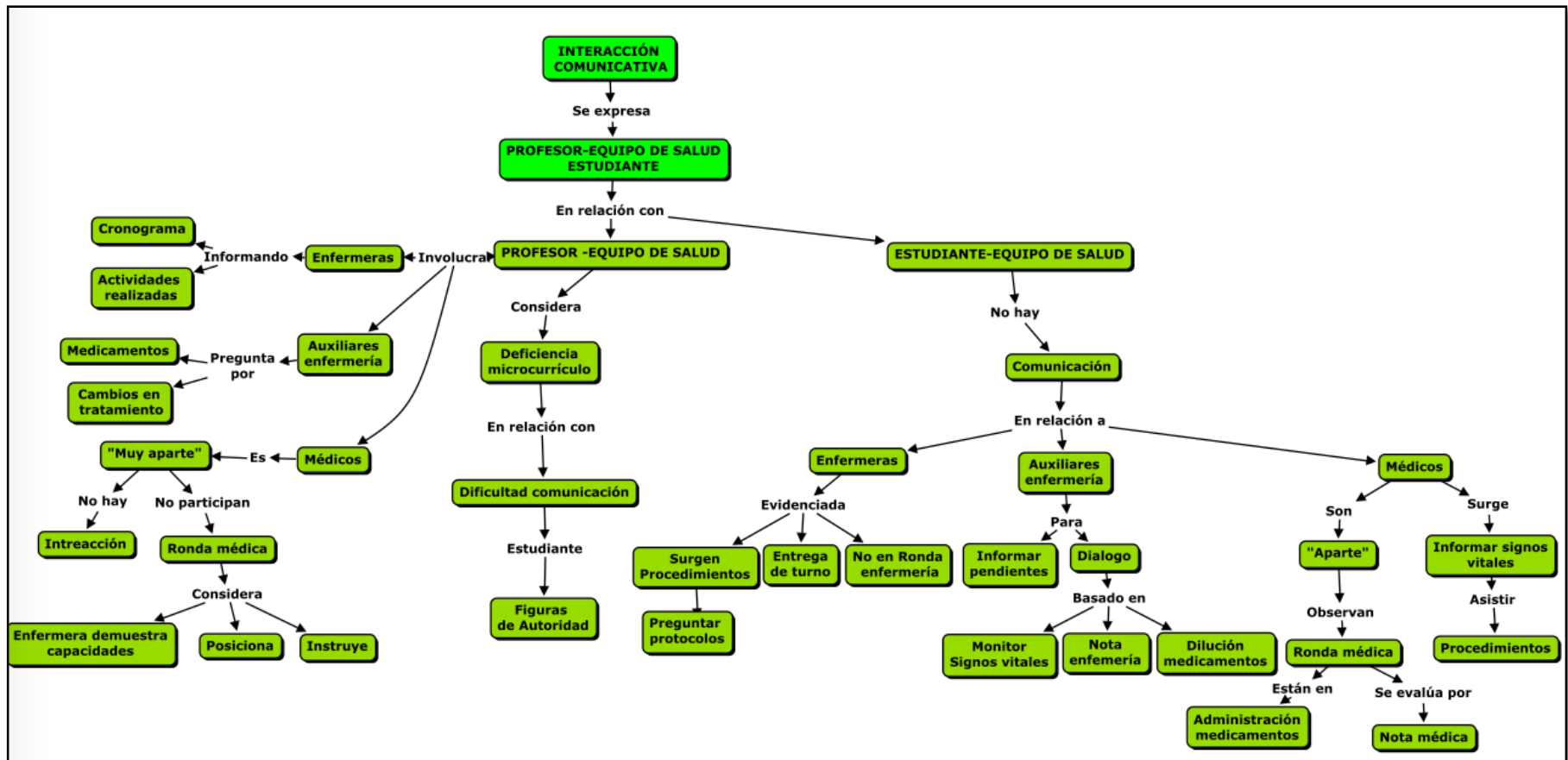


Figura 30. Interacción comunicativa Profesor-Equipo de salud-Estudiante. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

En cuanto a la comunicación del profesor con las auxiliares de enfermería, se observó como el profesor se acerca a ellas para preguntar por los medicamentos de los pacientes que tienen asignados los estudiantes. La auxiliar de enfermería le informa a cerca de los cambios realizados por el médico en el tratamiento. ONP7-INV.

Al hacer referencia a la comunicación del profesor con el personal médico, un participante manifestó que el profesor tiene conocimiento científico para informar y hacer sugerencias médico, además, encuentran en la ronda con el personal médico algo constructivo para la enfermera y para la misma profesión de enfermería, debido a que favorece su posicionamiento, porque la enfermera puede demostrar sus capacidades como profesional, por tanto, se constituye en una estrategia que debería ser rescatada en todas las instituciones:

“Uno tiene conocimiento científico para decirle a él, y sugerirle al personal médico; hacer rondas con personal médico es algo muy constructivo para uno como enfermera y... pues para la misma profesión como enfermería, pues para un posicionamiento, para yo demostrar mis capacidades como profesional que soy acá, me parece que es una herramienta, es algo que se debería rescatar en todas las instituciones” E10-P1.

De igual manera, expresó que el personal médico es “muy aparte” de enfermería, debido a que pocas veces se observa interacción, en consecuencia, en el lugar de práctica no se pasa ronda medica con la enfermera, el médico pasa ronda con el residente, hace las ordenes y la enfermera desde su computador revisa, si surge alguna pregunta, la hace, sin embargo, son pocos los momentos que tienen la oportunidad de interactuar con ellos como sucede en otras instituciones:

“Aquí todavía se ve muy aparte el personal médico con enfermería, porque muy poquitas veces se ve esa interacción, allá no se ve que pasa ronda medico con enfermera, el médico pasa ronda con su residente, hace las ordenes, organiza la historia y la enfermera las revisa desde su computador, muy poquitas veces tenemos la oportunidad de interactuar con ellos, ya si hay algo que preguntar, pues va y le pregunta al médico pero no es que haya esa interacción como de la ronda como lo hacen algunas instituciones” E10-P1.

Al referir la comunicación del estudiante con el equipo de salud, los participantes manifestaron que hay una deficiencia en su formación, por la inseguridad para mantener una conversación con diferentes tipos de profesionales, de dar su aporte, para que el estudiante sienta que su participación es indispensable para el cuidado del paciente, hace falta ayudar a desarrollar ese rol en el estudiante.

Uno de los factores que dificulta el aprendizaje, está relacionado con que los estudiantes en la práctica se sientan “más pequeñitos que los otros”, además, expresaron que para el estudiante es difícil comunicarse con las figuras de autoridad, sienten pena al hablar con el jefe del servicio, con las auxiliares y con los médicos, como lo describe la voz de los participantes:

“Con respecto a la parte de comunicación, yo miro es la deficiencia con la que el estudiante se forma en este micro currículo, esa inseguridad de pronto de sostener una conversación, con diferentes tipos de profesionales, de pronto de dar su aporte, que ella sienta que su aporte es indispensable para el cuidado del paciente, eso es un rol que nos hace falta, ayudar a que el estudiante lo pueda desarrollar e introyectar” GF1-P2.

En cuanto a las estrategias utilizadas para fomentar habilidades comunicativas en los estudiantes, los participantes manifestaron que se llevan a cabo por medio de la asignación de pacientes, donde el estudiante se presenta tanto al paciente como al familiar, y debe informar a la auxiliar de enfermería encargada las actividades que van a ser realizadas, además, en el caso del estudiante líder, este debe anotar el nombre del paciente, el número de habitación e informar al jefe del servicio en el caso de ser requeridos insumos.

Otra estrategia manifestada por los participantes, es expresarle al estudiante que son de un “nivel avanzado”, con el fin de generar confianza en ellos, factor considerado como facilitador del aprendizaje, además, reafirmar en el estudiante que él sabe, en ambos casos se propicia el perfeccionamiento del conocimiento en la práctica y que el estudiante sienta empoderamiento. Según lo describe el siguiente texto significativo:

“Yo siempre les digo en la práctica: ustedes son estudiantes de un “nivel muy avanzado”, siempre les trato de meter: “ustedes tienen seguridad”, de darle mucha confianza, pues yo creo que uno con confianza aprende mucho más fácil, si a uno un docente le da esa

confianza, venga que usted sabe, lo que estamos haciendo es perfeccionando ese conocimiento, puliendo ya en la práctica, ellas se sienten con mas empoderamiento y con más confianza" E10-P1.

De otro lado, un participante manifestó que se deben crear vínculos o espacios para que el estudiante se pueda comunicar con los profesionales del equipo de salud, incluyendo a la misma enfermera en el momento de entregar lo sucedido en el servicio o con los especialistas al estudiante "sentir libertad" de preguntar y expresar su concepto a cerca de la evolución de un paciente, lo que propicia en él "un enamoramiento" del que hacer de la enfermera: *"Ahí en ese aspecto nosotros tenemos la oportunidad de mejorar, la oportunidad de decirle no hay ronda medica, pero si crear vínculos o espacios para que el estudiante se pueda comunicar con esos profesionales (...)"GF1-P2.*

En cuanto a la comunicación del estudiante con las enfermeras profesionales del servicio, todos los participantes expresaron que no se da, es decir, no surge un nivel de interacción que dé lugar al diálogo en un tema específico enfocado en la práctica, en un área, a la vez, agregaron que es "pésima", debido a que tienen que hablar primero con el profesor, por tanto, es él quien las envía hacia donde la enfermera cuando surgen dudas alrededor de procedimientos o en otros casos en el momento que ellas hacen la entrega de turno, o que el estudiante entrega el paciente, teniendo en cuenta que los estudiantes no están presentes en una ronda de enfermería, debido a que los profesionales de enfermería no la hacen, como lo describe la voz de los participantes:

"No pésima... porque nosotros no hablamos con la jefes pues nosotras allá no tenemos, pues si hablamos, hablamos pero primero habiendo hablado con el profesor y que el profesor sea la que nos mande para donde la jefe, y muchas veces con dudas pues propiamente de procedimientos pues como por ejemplo, jefe iba a sangrar y va ha ser este tubo, pues como cosas así, o jefe el paciente de tal pieza ya vinieron por él y pues como cosas así" E1-ES9.

De igual manera, manifestaron que no tienen socialización con el profesional de enfermería y que se sienten como “infiltrados” , debido a que todo lo que el estudiante expresa lo dice con el profesor, a lo que se suma, que solo se comunican con el enfermero cuando necesitan saber o preguntar algo específico de un paciente o del servicio como son los protocolos: *“Pero la socialización como tal con el profesional de enfermería no se desarrolla porque finalmente, lo que se siente uno como infiltrado y es como a un lado y todo lo que uno dice lo dice con el profesor (...)”E1-ES9.*

De otro lado, los participantes expresaron que un espacio que propicia la comunicación con los profesionales de enfermería del servicio, es mediante la asignación de líder, porque posibilita que el enfermero le informe los procedimientos pendientes de los pacientes, además, en la entrega de turno por parte del estudiante, quien informa lo relacionado con la evolución del paciente durante el día o si identificó algo que no funciona, sin embargo, en la asignación de cuidado integral, este espacio se pierde y en procedimientos el estudiante establece comunicación con el enfermero profesional que tiene esta asignación en el servicio.

A esto se suma, que en cuando se es líder la comunicación también puede ser mínima y no ayuda al estudiante, debido a que solo se le indica a cerca de los stiker que tiene el paciente o el estudiante se limita a comunicar lo que el profesor requiere, en el caso de que un paciente presente dolor para revisar los medicamentos en el kardex: *“No, el saludo y ya (--), uno le pregunta, venga ya salieron los stiker, o tal cosa, pero no es así que muy estrecha que uno diga que me ayuda, que me complementa, no, o que de pronto el profesor me manda a vaya dígame que al paciente de la tal tiene mucho dolor, y en el kardex no tiene ningún medicamento entonces uno les dice, y ellos lo toman, ah bueno gracias, pero no sabemos si ponen en práctica lo que uno les dice, si lo toman o no” E9-ES11.*

Al hacer referencia a la comunicación que el estudiante establece con las auxiliares de enfermería, la mayoría de los participantes manifestaron que no tienen comunicación con ellas porque son cada una por su lado, solo surge cuando ellas requieren informar al estudiante, asuntos pendientes del paciente asignado, o lo retroalimenta si este les pregunta cuando tiene una duda, de lo

contrario son totalmente aisladas, como lo describe la voz de los participantes: *“Tampoco tenemos comunicación con las auxiliares, porque las auxiliares son como cada una por su lado, cuando ellas le hablan a uno es para decirle: vea el paciente suyo tiene este pendiente o el paciente suyo ya vinieron por él, pero que uno interactúe con la auxiliar, no, hay unas, si es de las que retroalimentan que de pronto uno tiene una duda y va uno y les pregunta, pero como tal somos totalmente aisladas de ellas” E1-ES9.*

En ese orden de ideas, manifestaron que no hay un trabajo en conjunto y agrado cuando se le hacen preguntas, debido a que sienten que se están metiendo en su trabajo, sin embargo deben estar con la auxiliar porque es la “encargada del paciente”, en ese caso, el diálogo gira en torno a la solicitud del carro con el monitor para tomar signos vitales, definir quien hace la nota de enfermería o preguntar a cerca de dilución de medicamentos, aunque el estudiante prefiere dirigirse al profesor que es quien tiene el conocimiento, como lo describe el siguiente texto significativo:

“Eso también va mucho como en ellas, porque uno a veces es solo, y no es eso, es como un trabajo en conjunto, y es estar con la auxiliar ya que ella es la encargada del paciente en ese momento, entonces al preguntarle, muchas veces a ellas no, como que no les gusta que uno se meta como en el trabajo de ellas” E6-ES8.

En lo relacionado con la comunicación con el personal médico, la mayoría de estudiantes participantes manifestaron que no la tienen, además que los observan hacer la ronda, visitar al paciente, pero no establecen comunicación con los estudiantes, a la vez, agregaron que los médicos rotan mucho por el servicio y que el estudiante espera a que el médico salga de evaluar al paciente para poder realizar lo que tiene que hacer, en ocasiones al tener el paciente asignado, en lo relacionado con el saber del médico, el estudiante se “hacía por un lado” y escuchaba lo que este decía, debido a que durante las práctica se siente como “arrimado del servicio”, por la timidez para hacer un requerimiento, a razón de que considera que como estudiante no va a ser tomado con autoridad en ese encuentro con el médico:

“Rota mucho la parte medica por el servicio, entonces uno ve que el médico esta allá y uno no se mete o sea uno espera a que el médico salga y ahí si después de que el médico salga uno hace lo que tienen que realizar” E1-ES9.

De igual manera, expresaron que durante la práctica es algo como “inerte”, debido que no ven comunicación con los médicos, es decir, el estudiante se entera de su presencia es a causa de la nota médica, pero no establecen dialogo, a lo que se suma, que el estudiante piensa que los médicos son aparte de las enfermeras, ellos tienen su consultorio en su espacio, cuando llegan con sus estudiantes, saludan al paciente, le hacen una valoración, salen de la habitación para hacer la realimentación con ellos, a lo que el participante refirió como una valoración privada del personal médico, como lo expresa la voz de los participantes:

“Esa es la más alejada porque como yo le decía, el médico llega y ahí mismo nosotras nos salimos, es algo como muy inerte como allá se hace, nosotras no vemos comunicación con los médicos, nosotros sabemos que el médico iba es porque lo vemos en la nota del de médico, pero nosotras hablemos con el médico pues como lo vio, que dijo, no” E1-ES9.

De otro lado, manifestaron que solo tienen contacto con el personal médico cuando les solicitan los signos vitales del paciente asignado o cuando lo asisten en un procedimiento en compañía del profesor, de lo contrario no establecen ningún tipo de relación: *“En realidad yo tuve contacto con médico cuando me dijo usted tiene este paciente me hace el favor y me dice cuales son los signos vitales, le di los signos vitales y ya; en una ocasión yo estuve con un medico pero ayudándole en un procedimiento de punción lumbar y lo tenía que asistir, pero ahí también estaba el profesor que me decía que era lo que tenía que hacer pero de resto no. No ha habido ningún tipo de relación” GF2- ES4.*

En ese sentido, se observó que al terminar la ronda médica, el estudiante ingresa a la habitación y le pregunta al acompañante a cerca de lo que el médico le informó de la enfermedad y el tratamiento del paciente, a lo que el familiar responde que le van a hacer un cateterismo para no hacerle tanto examen, al retirarse el profesor le indaga de lo sucedido en la ronda. *ONP5-INV.*

En cuanto a la importancia de participar en la ronda médica, los participantes manifestaron que lo consideran relevante porque les permite conocer la evolución del paciente asignado, en ella, el médico puede tomar decisiones, suspender medicamentos, solicitar procedimientos, a la vez, el estudiante puede notificar en calidad de enfermera los cambios del paciente, teniendo en cuenta que ese va

hacer su rol, así mismo, el médico puede modificar el tratamiento y determinar el traslado del paciente, además manifestaron que han observado que la enfermera no se atreve a establecer una comunicación con el personal médico, de los profesionales de enfermería del servicio, solo uno hacía ronda con el médico, los demás se tornaron indiferentes tanto a su presencia como a sus funciones, como lo expresa el siguiente texto significativo:

“Pienso que si tiene que ser muy importante, porque ese va hacer el rol de nosotros, también mirar los cambios y lo que nosotras como enfermeras vamos a decirles a los médicos, doctor el paciente presento en la noche o presenta esto, ellos que van a modificar en su tratamiento y todo eso, para uno saber y uno tener una idea clara de la evolución de ese paciente, o ellos que van a determinar si lo van a trasladar, para eso es muy importante estar en la ronda medica” E8-ES1.

Por último, expresaron que consideran que el trabajo debe ser interdisciplinario, no cada uno por su cuenta, además, porque facilita la posibilidad de comunicarse y manifestar lo más importante para hacer al paciente, lo que se debe priorizar, visualizar lo que el médico piensa de la evolución del paciente que se tiene asignado, a la vez, es necesaria porque se constituye como la valoración más reciente que tiene el paciente, y el conocimiento de lo que el médico expresa o de lo que observa permite al estudiante dar continuidad a los asuntos pendientes, dando como resultado el cuidado brindado sea de mucho mas calidad, a razón de estar “entonada con el médico”, como lo describe la voz de los participantes:

“Yo considero que el trabajo debe ser un trabajo interdisciplinario, no estamos solos, usted por un lado yo por el otro, (...) es como tener la posibilidad de comunicarnos y decir a este paciente es más importante hacer esto, priorizar esto que lo otro, entonces sí me parece muy importante el trabajo como en grupo y estar visualizando el médico que piensa de la evolución de mi paciente asignada” E6-ES8.

Para llevar a cabo el análisis relacionado con la interacción comunicativa entre profesor-equipo de salud-estudiante, se parte de la conceptualización que realiza Habermas (51), a cerca de las diversas relaciones que la persona puede establecer con el mundo en el cual se encuentra inmerso, a lo que Habermas denomina la relación entre el actor-mundo.

Al respecto el autor (51) afirma, que de la acción teleológica el ser humano puede relacionarse con algo que tiene lugar o puede ser producido en el mundo objetivo (de ella se deriva la acción estratégica); de la acción regulada por normas, la persona puede establecer relaciones con algo que es reconocido como debido en un mundo social compartido por todos los miembros de un colectivo, y por último, de la acción dramática se logra formar relaciones con algo que los otros actores atribuyen al mundo subjetivo del hablante, al que este tiene un acceso privilegiado.

Bajo estas premisas, al centrar la mirada en los hallazgos de la investigación desde la voz de los participantes, se evidenció que los profesores reconocen la importancia de la comunicación con el equipo de salud, en la medida que le permite involucrar al personal en el proceso, por medio de la entrega del cronograma establecido para la práctica a las enfermeras del servicio, informando todo lo que los estudiantes van a hacer tanto en toda la semana como durante los días de la práctica, los procedimientos que se llevarán a cabo, y la complejidad de los pacientes que tomarán para el cuidado, evidenciando una comunicación profesor-equipo de salud, en principio, derivada de un accionar estratégico.

Este accionar centrado en el logro de los resultados planeados para la práctica, se encuentra en concordancia con los hallazgos de las observaciones, evidenciado en la búsqueda de los procedimientos pendientes y ejecutados, o en indagar que medicamentos tienen los pacientes que se eligieron para ser asignados, como se observó en la comunicación del profesor con las auxiliares de enfermería. Sin embargo, este nivel de acción, está distante de llevar a cabo una comunicación mediada por la búsqueda de significados compartidos alrededor del cuidado entre profesor-enfermera-auxiliares de enfermería y está en concordancia con la visión de la racionalidad técnica que plantea Medina (56), centrada en la tecnología, la enfermedad y su tratamiento.

Cabe señalar, que el cuidado de enfermería cuando se lleva a cabo bajo esta racionalidad, se caracteriza por establecer una relación con el conocimiento se hace a partir del dominio de teorías, con una razón técnica, dirigida hacia un saber

productivo: procedimientos y técnicas; se construye la realidad del cuidado como existencia de las cosas mediante leyes generales.

El mundo de la racionalidad científico técnica supone un determinado modo de pensar, un lugar desde el cual se piensa lo que se piensa, se dice lo que se dice, se hace lo que se hace, desde allí se han construido esquemas de pensamiento y acción, en nombre de la verdad, la objetividad, la realidad y la certeza, no obstante, se resalta que en la vida social y en la práctica del cuidado, surgen fenómenos que desbordan la realidad conocida y explicada, que no se pueden comprender desde esquemas predictivos y verificables, sino que es necesario abordarlos desde otro lugar, desde el lugar de la comprensión y la interpretación.

Así mismo, se evidenció, que aunque los profesores consideran que los profesionales de enfermería tienen el conocimiento para informar y hacer sugerencias al personal médico, existe una ruptura de la comunicación entre profesor-personal médico, debido a que en la institución los médicos son “muy aparte” de enfermería, situación que no favorece la interacción, y en consecuencia, es dada la ausencia de profesores y estudiantes durante la realización de la ronda médica a los pacientes. A lo que se suma, que la enfermera no participa de esta actividad, y solo hace la verificación de las órdenes médicas desde su computador, teniendo muy poca interacción entre ellos.

Establecer relaciones comunicativas entre el personal que conforma el equipo de salud de manera separada, abre una brecha entre las necesidades reales del paciente y las diversas intervenciones que surgen de la participación de los profesionales de salud alrededor de la atención de la persona enferma hospitalizada, a la vez, que declina toda posibilidad de dar lugar a una acción comunicativa, la cual está inserta de manera sincrónica en las diversas relaciones con el mundo, afirma Habermas (51), por lo tanto, no es posible que surja en momentos de relación de manera separada.

Además, la acción comunicativa, está basada en un proceso cooperativo de interpretación en los participantes, al referirse simultáneamente a algo en el mundo objetivo, en el mundo social y en el mundo subjetivo, aún, cuando en su manifestación, las personas sólo evidencien la demostración de uno de estos tres componentes. Hablantes y oyentes emplean el sistema de referencia que

constituyen los tres mundos como marco de interpretación dentro del cual elaboran las definiciones comunes de su situación de acción, afirma el autor (51).

Según los hallazgos, existe una deficiencia en la formación del estudiante en este microcurrículo, relacionada con la comunicación con el equipo de salud, debido a que los profesores perciben en el estudiante inseguridad para mantener una conversación con los diferentes profesionales, y una dificultad para comunicarse con las figuras de autoridad, entre ellas, con las enfermeras del servicio, con las auxiliares y con los médicos, situación que representa para ellos sentirse “más pequeñitos que los otros”.

La formación del estudiante enfocado hacia su desarrollo individual, refiere Flórez O. (39), le permite al ser humano apropiarse de la experiencia de la sociedad a través de la cultura y de la ciencia. Por lo tanto, la formación del estudiante de enfermería, comprende tanto el conocimiento relacionado con los saberes específicos de la disciplina como aspectos que hacen referencia a sus dimensiones humanas, en la esfera psicológica, social, espiritual y física.

Esta premisa, sustenta la importancia de fortalecer en el proceso de enseñanza aprendizaje factores relacionados con la formación del ser, específicamente con el fortalecimiento de la identidad personal del estudiante y ayudar a elevar el concepto que tiene de sí mismo, lo cual solo se logra por medio de la construcción de los significados que le dan sentido a la identidad de lo individual y de lo colectivo a los individuos, en sus diferentes esferas: afectiva, cognitiva, estética, laboral y comunicativa, refiere el autor.

La formación o fortalecimiento del autoconcepto en el estudiante se constituye como el fundamento para establecer las formas de relación con el entorno y las personas que hacen parte de él, y según Echavarría G. (148), es el reflejo de la imagen que se tiene sobre sí mismo. Está relacionado además, con las creencias y percepciones que se representan en las estructuras mentales a partir de esa información. Es considerado como “el proceso del desarrollo humano a través del cual un sujeto, en un encuentro íntimo, personal e interactivo, construye una clara imagen del sí mismo, de sus formas particulares de ser, sentir, pensar actuar,

representar sus realidades, de ubicar sus formas de intervenir sus espacios vitales, de proyectarse y de organizar su mundo” (148).

Por consiguiente, toma relevancia en el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica la implementación de estrategias encaminadas al fortalecimiento de la interacción del estudiante con los integrantes del equipo de salud, que le permitan superar los temores y fortalecer su identidad individual en relación al colectivo, es decir, al grupo de profesionales de salud de la sala de hospitalización, en especial, de los profesionales de enfermería que llevan a cabo su ejercicio profesional alrededor del cuidado del paciente.

Es importante señalar, que los profesores consideran como una estrategia para fomentar habilidades comunicativas en los estudiantes, expresarles que son de un “nivel avanzado”, con el fin de generar confianza en ellos y facilitar el aprendizaje, el perfeccionamiento del conocimiento en la práctica y empoderamiento, no obstante, se evidencia una falta de claridad por parte de los profesores en cuanto a las características que definen el estado de enfermera experta, según lo descrito en la teoría “De Novicia a Experta” de Benner (1), quien define en primera instancia, que los estudiantes al ingresar a la práctica clínica, ingresan como novicios o principiantes, debido a que no tienen experiencia del cuidado en situaciones clínicas reales.

La enfermera novicia se caracteriza por tener un conocimiento basado en términos objetivos o parámetros medibles que hacen referencia a la condición del paciente en un momento dado, entre ellos se encuentran los datos de temperatura, peso, presión, basando su accionar sobre reglas respecto a los atributos medibles, que no le permiten clasificar los aspectos más importantes de una situación clínica, a diferencia de la enfermera experta, quien según la autora (1), no basa su accionar solo en el análisis de principios objetivos medibles, sino que cuenta con un amplio conocimiento y experiencia, además, que tiene la capacidad de captar de manera intuitiva cada aspecto de una situación clínica específica, lo que le permite operar desde un profundo entendimiento del total de la situación, siendo reconocidas por su habilidad y juicios clínicos.

Por lo tanto, basar la formación del autoconcepto en la validación del estudiante sobre la premisa que está en un nivel avanzado, puede propiciar confusión en cuanto a las habilidades que caracterizan su nivel de experticia como enfermero en formación, y que dista del fortalecimiento de la identidad personal y profesional dentro del proceso enseñanza aprendizaje llevado a cabo durante la práctica clínica.

Así mismo, los hallazgos de la investigación evidenciaron que hay una ruptura de la comunicación del estudiante con los miembros del equipo de salud, debido a que no surge un nivel de interacción que dé lugar al diálogo y a la realimentación de un tema específico enfocado en la práctica, dando lugar a una comunicación estratégica, centrada en requerir información por parte del estudiante en cuanto a protocolos, preguntas específicas de un paciente, cuando surgen dudas alrededor de procedimientos y en la entrega de turno donde el estudiante entrega los pacientes asignados.

Este enfoque de la comunicación centrada en informar los problemas del paciente, (en especial al personal médico) fue establecido por primera vez, en el ejército para mejorar la eficacia de la comunicación entre las personas que brindan cuidados, y es conocido como enfoque SAVI, debido a que está centrado en cuatro aspectos, en la descripción de la situación problema, los antecedentes, la valoración de los signos vitales y los cambios recientes y las indicaciones a cerca de lo que debe hacerse, refiere Alfaro (50). Y si bien, es recomendado en expertos en seguridad para situaciones específicas como el momento de recibo y entrega de turno, no implica su predominio en la interacción entre los miembros del equipo de salud en el momento de establecer relaciones comunicativas alrededor de las necesidades del paciente.

Cabe señalar, que un hallazgo de la investigación está relacionado con la no realización de la ronda de enfermería por parte de los enfermeros que la laboran allí, lo cual no favorece el aprendizaje de este saber práctico en los estudiantes durante la práctica clínica de manera integrada al hacer del profesional de enfermería en contexto, teniendo en cuenta que estudios al respecto, refieren que la ronda de enfermería es considerada como una vía activa para el accionar de enfermería, en la medida que le permite interactuar con los pacientes, y se

constituye en una oportunidad para responder a sus preocupaciones y a las necesidades insatisfechas identificadas en ellos, a la vez, que reduce el número de caídas de cama, disminuye la duración de la estancia hospitalaria y aumenta la satisfacción del paciente (149).

Otros estudios reportan que la importancia de la realización de la ronda de enfermería, se fundamenta en que su presencia física mejora la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en los pacientes, debido a que permite identificar necesidades del paciente derivadas de la relación que establece con él, dando lugar a la atención emocional, considerado este un rasgo esencial del cuidado brindado al paciente (150).

Por lo tanto es fundamental fortalecer durante el proceso enseñanza aprendizaje del cuidado durante la práctica clínica, la apertura de espacios que propicien en el estudiante el intercambio de ideas con otros profesionales, escuchar sus puntos de vista frente al cuidado alrededor del paciente y que permita trascender la comunicación estratégica mediada por un dialogo centrado en la consecución de objetivos que gira en torno a la solicitud del carro con el monitor para tomar signos vitales, definir quien hace la nota de enfermería o preguntar a cerca de dilución de medicamentos como lo evidencian los resultados de la investigación al referir la comunicación de los estudiantes con los auxiliares de enfermería.

De igual manera, la comunicación que surge entre estudiantes con el personal médico durante la práctica es percibida por los estudiantes como algo “inerte”, debido que el estudiante establece un nivel de interacción solo a través de la nota médica, en el momento que les solicitan los signos vitales del paciente asignado o cuando asisten al médico en un procedimiento en compañía del profesor, y aunque los participantes consideran que la ronda médica realizada al paciente asignado es importante debido a que les permite conocer la evolución del paciente asignado y es considerada una oportunidad para notificar en calidad de enfermera los cambios del paciente, contribuir a la toma de decisiones y dar continuidad al cuidado con calidad, los estudiante no participan en ella.

Situación que no favorece el aprendizaje en contexto de aspectos relacionados con la actuación del estudiante de forma interdisciplinaria, en la medida que no le permite establecer intervenciones autónomas desde la disciplina de enfermería, que complementan las acciones de otros profesionales que hacen parte del equipo de salud, como lo refiere la enfermera Rizzo P. (42).

Al relacionar los hallazgos entre las dimensiones que representan la comunicación entre profesor-estudiante-equipo de salud, es importante retomar el contexto bajo el cual se lleva a cabo el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, caracterizado por el desarrollo tecnológico, los avances en la técnica y el tratamiento de la enfermedad, como lo refiere Medina (56).

En este contexto de racionalidad y práctica instrumental, las experiencias del ser humano por el mundo de la vida tienden a ubicarse en el mundo objetivo, en el mundo de las cosas y de los artefactos, en el cual, es posible enunciar el estado de las cosas existentes, es decir, los hechos con los cuales tanto profesores, estudiantes y la persona sujeto de cuidado, se enfrentan al mundo, en consecuencia, es posible que su actuación se vaya funcionalizando y con ello el pensamiento se torne únicamente operativo. Por lo tanto, es necesario identificar la situación y el horizonte del cuidado para comprender la utilidad y la amenaza que la racionalidad tecnológica cobra en la vida, en la comunicación y en el cuidado de los seres humanos.

Así como en la educación surge la necesidad de aclarar en qué consiste la relación pedagógica, haciendo necesario afrontar la diferencia existente entre instruir, formar e informar. En la práctica del cuidado, es preciso plantear como se está dando la relación entre cuidador-cuidado-persona sujeto de cuidado, si se realiza a partir de una acción instrumental centrada en la enfermedad, es decir, desde una mirada únicamente explicativa y objetiva de los fenómenos relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, o si existe en profesores, estudiantes y miembros del equipo de salud, un interés cognoscitivo por una comprensión recíproca, referida a la comprensión de sí y del otro, buscando siempre un terreno común, de beneficio mutuo.

Hay que reconocer que el desarrollo científico técnico ofrece nuevas posibilidades, nuevos retos para la profesión de enfermería, que la enfermera debe poseer competencia científico-técnica en el arte de los cuidados, y que dicha competencia es significativa en tanto contribuye al bienestar de la persona cuidada tal y como ella lo entienda, sin embargo, la tecnología es solo una herramienta y no un fin en sí misma, que puede favorecer la prestación de los servicios de salud a las personas, en especial, la atención brindada por el personal de enfermería, sin embargo, no reemplaza el cuidado, ni las interacciones comunicativas humanas.

Afirma Larrosa, “Lo que es inquietante para la educación es que hablar y entender, escribir y leer no son solo habilidades instrumentales. Por eso aprender lenguajes no es sólo adquirir herramientas para la expresión o para la comunicación. Lo que es inquietante es que el lenguaje no es sólo un sistema de signos utilizado para la representación de la realidad o para la expresión del sentido” (151).

Es por ello, que al hablar de comunicación, esta no se puede ubicar como caja de herramientas, ni como un conjunto de pautas que dirigen la relación con el otro, ni como aquellas versiones instrumentales, que solo miran la comunicación desde el uso de las técnicas y los medios. Esta no puede seguir siendo interpretada como la relación que se establece entre un emisor que transmite un mensaje a un receptor a través de un canal determinado, como lo describen Cibanal, Arce y Carballal (141), lo cual supone una relación estática y pasiva entre profesor y estudiante, cuidado y cuidador.

Es una interacción comunicativa en la cual se comparten modos de vida y los participantes más que emisores y receptores, en la medida que le dan sentido a los contenidos que le son enviados, es decir, cuando se interpreta lo que el otro quiere decir, teniendo en cuenta su mundo significativo, que está relacionado con su experiencia cognitiva, sus emociones y sus sentimientos.

Así mismo, desde la acción estratégica, la relación estudiante-profesor, cuidado-cuidador tiene como intencionalidad la búsqueda de acuerdos a partir de los intereses de una de las partes, en este caso, del que tiene mayor poder, mayor conocimiento y mayor información.

A diferencia de la acción estratégica, en la acción comunicativa no se puede prescindir de una búsqueda cooperativa de acuerdo, porque un verdadero acuerdo precisa de la participación de las personas vinculadas en el acto de cuidado, las cuales deben realizar una interpretación común de la situación en la cual están inmersas; para lo cual el mundo de la vida compartido intersubjetivamente les brinda los elementos necesarios, es decir, la búsqueda de consensos, de producción e intercambio de significados de las acciones de cuidado y de las expresiones verbales y no verbales, gestuales y corporales de las personas, que permitan entender lo que el otro está diciendo, considerando el “entender como la búsqueda de una interpretación común de ciertos asuntos” (51), refiere Habermas.

Las prácticas pedagógicas de enfermería y las prácticas de cuidado, requieren de la interacción sujeto-sujeto, “deben ser entendidas como un asunto humano, basado en las relaciones humanísticas que se establecen entre una enfermera y las personas que requieren atención” (56) afirma Medina. Dicha relación implica una interacción especial entre personas, relación en la que solo puede haber participantes, como sujetos y no objetos.

En síntesis, la comunicación en el proceso enseñanza aprendizaje es fundamental para la formación de los estudiantes de enfermería durante su formación, se constituye en el vehículo que media el accionar del profesor en el entorno clínico y es reflejado en las relaciones que establece tanto con el estudiante como con el equipo de salud y los pacientes, en favor, de dar apertura a las oportunidades de aprendizaje en el estudiante, las cuales deben trascender su que hacer centrado en el logro de objetivos estratégicos implícitos en la realidad objetiva de las situaciones de cuidado alrededor de la práctica clínica, y girar hacia las interacciones comunicativas que den lugar al entendimiento entre los participantes en la comunicación, definido este por Habermas (51), como el establecimiento de consensos entre los hablantes, y sin los cuales, no es posible lograr la interacción comunicativa entre los seres humanos.

7. Conclusiones

El objetivo planteado en esta investigación fue interpretar el proceso de enseñanza aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, en el cual, se evidenció que este proceso gira en torno a los saberes teóricos y prácticos del profesor, para propiciar el aprendizaje en el estudiante de enfermería; desde las dimensiones que enseña, como enseña, como evalúa el profesor, y que aprende, como aprende y como es evaluado el estudiante, tanto en la teoría como en la práctica clínica. Hace parte de este proceso enseñanza aprendizaje, la comunicación como un eje transversal dinamizador tanto del proceso educativo, como del cuidado que enfermería brinda al paciente.

En cuanto al primer objetivo específico, relacionado con identificar los saberes teóricos y prácticos que utilizaron el profesor y el estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, se evidenció un predominio de los saberes centrados en el modelo biomédico que dista del modelo disciplinar de enfermería, y aunque algunos profesores realizan un acercamiento de la enseñanza desde los conceptos que hacen parte del metaparadigma de enfermería, la adopción de su conceptualización dentro de los contenidos no es preponderante, y no se constituye en el hilo conductor de la formación.

Así mismo, se identificó una confusión epistemológica de los profesores frente a aspectos que son base de la disciplina, que incluye no solo el metaparadigma de enfermería, sino las visiones de enfermería que permite centrar la mirada en una práctica que surja de las necesidades identificadas del paciente y no solo de los procedimientos, técnicas y ordenes médicas.

En consecuencia, en la enseñanza de los saberes por parte de profesores en teoría y práctica, cada uno enseña desde su propia perspectiva, y no se identifica un punto de encuentro epistemológico que se constituya en el norte del aprendizaje del cuidado, en los estudiantes tanto en la teoría como en la práctica.

El reto como disciplina frente a esta situación, abre una ventana de posibilidades desde las unidades académicas, relacionadas con abrir espacios de discusión alrededor de los asuntos epistemológicos y disciplinares que sustentan la profesión, no solo desde discursos abstractos, sino que se puedan plasmar en prácticas de cuidado, que contribuyan a realizar una práctica centrada en los aspectos intersubjetivos del paciente, que trascienda la perspectiva técnica y procedimental.

Por lo tanto, se requieren acciones que propendan por transformaciones curriculares, que incluyan las bases disciplinares de manera transversal en todos los saberes de los diferentes microcurrículos, así mismo, el fortalecimiento de las competencias docentes en aspectos disciplinares de enfermería, en el PAE como herramienta metodológica para el cuidado, y aquellos propios de la docencia, en relación con la forma de enseñar y aprender el cuidado, utilizando los modelos pedagógicos pertinentes y la didáctica que favorezca un aprendizaje significativo.

En relación a la enseñanza aprendizaje del proceso de atención de enfermería como herramienta metodológica para el cuidado, se identificó, que es un saber metodológico que presenta elementos de desencuentro para su enseñanza, lo cual se vio reflejado, en la poca comprensión por parte de los profesores de las diversas etapas contenidas en la fase de valoración para la elaboración del diagnóstico de enfermería, en el método utilizado para ser enseñado al estudiante, y poder integrar la información concerniente al paciente desde un referente teórico disciplinar, y en la falta de concertación entre el grupo profesoral en aspectos relacionados con la estructuración del PAE en cada una de sus fases, situación que genera en el estudiante desconcierto y confusión en el aprendizaje de este saber en el aula, y una ruptura de su aplicación en la práctica clínica.

En cuanto al uso del lenguaje estandarizado (LEE) en la ciencia de enfermería, es un saber fragmentado, debido a la falta de entendimiento por parte de todos los profesores en aspectos relacionados con las etapas del PAE que llevan a la elaboración del diagnóstico de enfermería, y de los resultados estandarizados de enfermería (NOC), lo cual dejó manifiesto que la interpretación del LEE sigue

siendo restringida a pesar de que se conozcan públicamente los códigos que lo constituyen.

Al hacer referencia al segundo objetivo que fue analizar cómo se da la relación del saber teórico con el saber práctico durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica, existen convergencias en la manera como profesores y estudiantes comprenden la relación teoría-práctica, relacionadas con la capacidad de argumentación por parte del estudiante, y la aplicación del conocimiento en las diversas actividades que se llevan a cabo desde las asignaciones dadas a cada estudiante, con un predominio del conocimiento de tipo procedimental, plasmado en la actuación de profesores y estudiantes y que tiene como centro la enfermedad y el tratamiento.

En consecuencia, el cuidado de enfermería no se establece acorde a la valoración de necesidades identificadas en el paciente, evidenciado en un relación con una baja interacción de diálogo con el paciente y la familia, limitando además, la formación habilidades cognitivas para la elaboración de juicios clínicos y el desarrollo del conocimiento tácito de enfermería en el estudiante novicio.

El tercer objetivo que se planteó, fue describir los métodos y las estrategias didácticas utilizadas por el estudiante y el profesor durante el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica. En este proceso se encontró poca claridad en cuanto al modelo pedagógico utilizado y las estrategias didácticas derivadas de estos, debido a la limitada formación de los profesores participantes en los aspectos epistémicos de la educación, en la didáctica y en la pedagogía para la enseñanza y aprendizaje del cuidado.

Se resalta la importancia que tiene la influencia del profesor y su desempeño en el aprendizaje del estudiante durante la práctica clínica, debido a que según los hallazgos, este es considerado como la persona de quien más aprenden en esta fase de su formación.

Finalmente, el cuarto objetivo planteado fue describir como se da la interacción comunicativa entre profesor- estudiante- profesor y equipo de salud durante el proceso de formación en la práctica clínica, en el cual se evidenció el uso de una

comunicación estratégica, referida al cumplimiento de objetivos y fines de la práctica, con poca interacción comunicativa entre profesor-estudiante-equipo de salud, orientada al diálogo y a la comprensión del cuidado y del sujeto de cuidado.

Por tanto, la comunicación es fundamental durante la formación de los estudiantes de enfermería, y se constituye en el horizonte en el cual, se llevan cabo las prácticas de cuidado del profesor y el estudiante en el escenario clínico, que reflejan las relaciones que se establecen entre los diferentes actores y que pueden posibilitar o limitar el aprendizaje del estudiante.

Así mismo, la investigación permitió identificar como se lleva a cabo la enseñanza del cuidado desde la teoría y como es la aplicación de los saberes en la práctica, el profesor reconoce su integración cuando el estudiante pone en práctica lo aprendido, cuando es capaz de explicar de una manera comprensiva y cuando sabe el porqué de las prácticas de cuidado.

Para los estudiantes existe relación de la teoría con la práctica, siempre y cuando puedan aplicar un concepto en la práctica que evidencie lo aprendido en el aula. Sin embargo, se identificó en algunas ocasiones, que la teoría recibida no está relacionada con lo que se hace durante la práctica, por lo tanto, el estudiante debe adaptarse a lo que se hace en la institución. Situación que amerita ser considerada porque los conocimientos adquiridos deben recrear la práctica, y en ella identificar elementos de importancia que lleven tanto a estudiantes como a profesores, al estudio cuidadoso de los aspectos del cuidado que requieren su comprensión, para una integración con sentido de la teoría en las situaciones de cuidado que se presentan en el escenario clínico.

En cuanto a la planeación de la evaluación, la importancia de la re-alimentación del estudiante, el fortalecimiento de la comunicación como el eje para llevar a cabo no solo el proceso de enseñanza aprendizaje sino para brindar el cuidado al paciente y la familia.

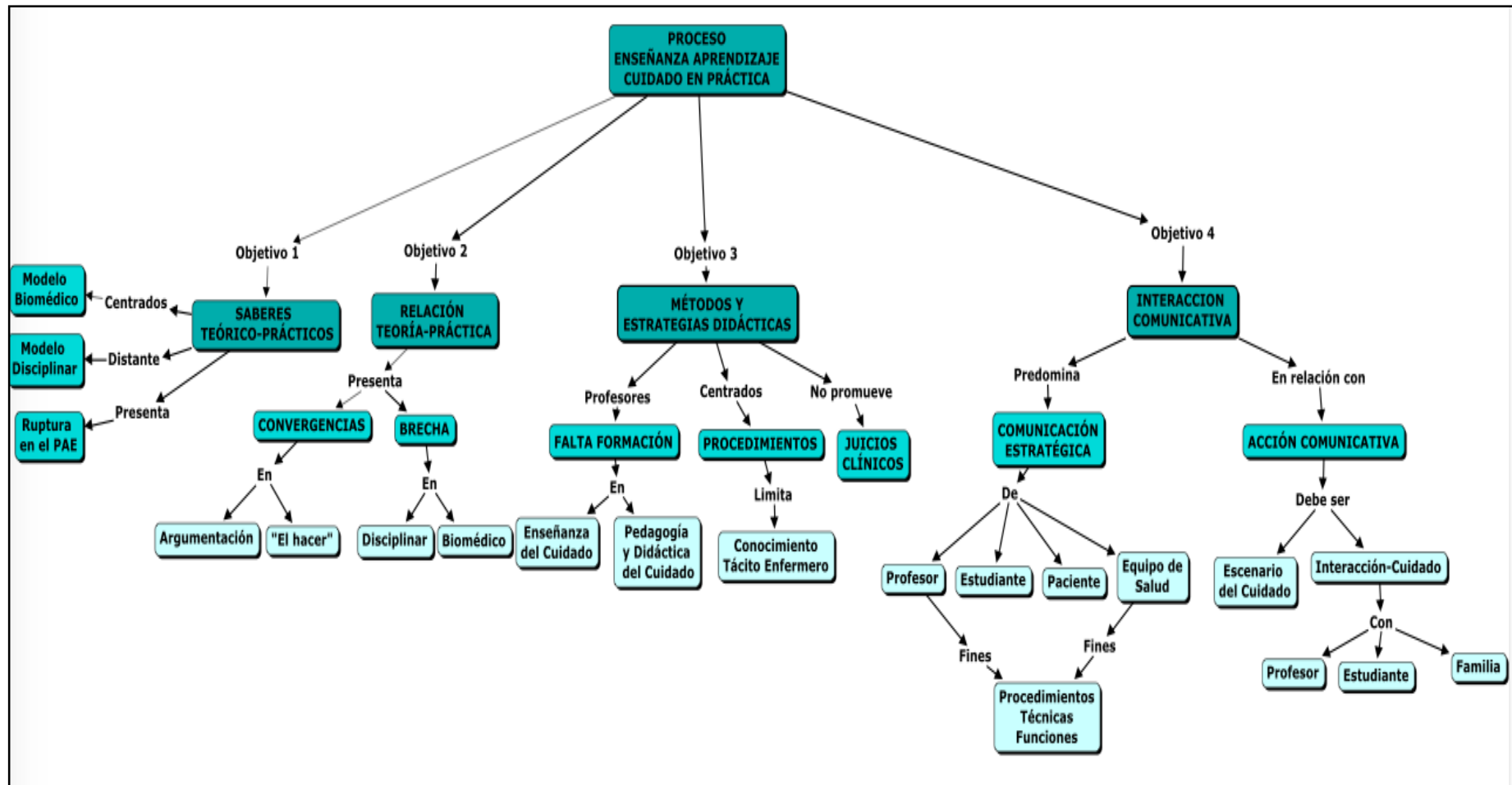


Figura 31. Proceso enseñanza aprendizaje del cuidado. Conclusiones. Fuente: Proceso de enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, Medellín 2014-2015. Elaboración propia.

8. Recomendaciones

- Para propiciar un cambio en la manera de enseñar los contenidos que hacen parte de los currículos de enfermería, se requiere la generación de espacios en los programas universitarios, que permitan realizar discusiones a cerca de las bases epistemológicas de la disciplina, con el fin de llevar a cabo consensos unificados hacia el rol del profesional de enfermería centrado en realizar intervenciones a partir de las respuestas humanas no en la enfermedad o el tratamiento de la misma.
- Se requiere al interior de los programas de enfermería en cada currículo identificar y unificar los criterios en cuanto a la manera como estos pilares disciplinares deben ser incluidos en los contenidos curriculares de manera transversal y en la didáctica que debe ser utilizada para su enseñanza desde la teoría y hacerlo de forma extensiva durante la práctica clínica.
- Es fundamental el fortalecimiento del conocimiento de los profesores en el proceso de atención de enfermería (PAE), como herramienta metodológica tanto para la enseñanza del cuidado como para la planeación del mismo al ser llevado a la práctica en el contexto clínico.
- Es prioritario consolidar el lenguaje unificado hacia “el hacer” de la enfermera no como práctica procedimental, sino enfocado al análisis de las situaciones clínicas para orientar la toma de decisiones hacia un accionar independiente y autónomo, desde las respuesta humanas de los pacientes a la pérdida de la salud, que en ocasiones implica el ejercicio de una práctica de enfermería bifocal, es decir, la participación de otros profesionales para dar respuesta a las necesidades identificadas en los pacientes durante el proceso de hospitalización.
- La capacitación de los profesores en aspectos relacionados con la educación, propiciando el hacer consiente el paradigma educativo desde el cual el profesor comprende la enseñanza, lo cual se refleja en su accionar docente, en los métodos de enseñanza, en la evaluación y en la manera

como establece relaciones con el conocimiento, con sus pares y con los estudiantes de enfermería en formación.

- Al programa de enfermería de la Corporación Universitaria adventista profundizar en la investigación en temas relacionados con el proceso enseñanza aprendizaje disciplinar desde los diferentes microcurrículos que de pie ampliar el marco de comprensión en aspectos relacionados con los cambios metodológicos a nivel educativo, tanto en la teoría como en la práctica, cambios en las dinámicas curriculares y la percepción que estudiantes y docentes tienen alrededor del proceso enseñanza aprendizaje, a partir de resultados de investigaciones realizadas en el programa para el mejoramiento curricular y disciplinar.

9. Agradecimientos

La realización de esta investigación fue posible gracias a la voluntad de participación de la comunidad académica del Programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista, en especial, al grupo de profesores y estudiantes del séptimo semestre de los calendarios académicos 2014-2 y 2015-1, que me permitieron ser parte de sus vidas académicas en un período específico de su formación, como son las experiencias vividas en las prácticas clínicas.

Expreso mi agradecimiento, al equipo administrativo de la Corporación Universitaria Adventista, en especial a la coordinadora del Programa de Enfermería, enfermera Olga Liliana Mejía, por su apoyo incondicional a la persona, a la profesional y a la investigadora, por creer que si es posible, y suscitar el cambio.

A mi maestra y asesora, Mg. Beatriz Ospina, por su generosidad al compartir su conocimiento para construir el mío, por hacer de la investigación un saber que me permitió comprender el mundo desde otras perspectivas, la disciplina de enfermería, la educación y en ella la enseñanza, donde el aprendizaje es una experiencia inacabada del cual nosotros los profesores somos protagónicos de manera personal en nuestro sueño como docentes en la universidad. Gracias por enseñarme a transformar mi manera de ejercer la docencia como un ejercicio consiente de transformación humana.

A toda la comunidad académica de la Universidad de Antioquia, por el apoyo recibido durante todo el proceso formativo de la Maestría, a mis compañeros maestrantes, que con su apoyo y alegría ayudaron a sacar este proyecto adelante, en especial, la profesora Nora Zapata por su confianza y acompañamiento.

10. Referencias Bibliográficas

1. Benner Patricia. From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall Health; 1980. 307 p.
2. Pérez A. C, Alameda C. A, Albéniz L. C. La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):517–30.
3. Cestari M., Loureiro M. El proceso de enseñanza - aprendizaje en enfermería. Enfermería Glob. 2005;(7):1–7.
4. Castrillón C. Profesionales de enfermería en América Latina Considering training of future nursing staff in Latin America. 2008;XXVI:114–21. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000300010&lng=en&nrm=iso
5. Corporacion Universitaria Adventista. Proyecto Educativo del Programa de Enfermería. Medellín, Colombia.; 2013. p. 20.
6. Adventista CU. Proyecto Educativo del Programa de Enfermería. Medellín, Colombia.; 2013. p. 20.
7. Henderson A, Eaton E. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: what “support” do nurses at the bedside need? Nurse Educ Pract [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 May [cited 2014 May 1];13(3):197–201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23142237>
8. Kilcullen NM. Said Another Way. 2007;42(2):95–104. Available from: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3653/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=64aac696-19f6-47ad-be06-a4568725fc96@sessionmgr115&hid=124>
9. Elisabeth C, Christine WH, Ewa P. Teaching during clinical practice: Strategies and techniques used by preceptors in nursing education. Nurse Educ Today [Internet]. 2009;29(5):522–6. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691708001664>
10. Evans L, Costello M, Greenberg H, Nicholas PK. The attitudes and experiences of registered nurses who teach and mentor nursing students in the acute care setting. J Nurs Educ Pract [Internet]. 2013 Oct 19 [cited 2014 Jul 13];3(2):67–74. Available from: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/1200>

11. Benner P. Using the Dreyfus Model of Skill Acquisition to Describe and Interpret Skill Acquisition and Clinical Judgment in Nursing Practice and Education. *Bulletin of Science; Technology & Society* [Internet]. Vol. 24, *Bulletin of Science, Technology and Society*. 2004 [cited 2014 Jul 12]. p. 188–99. Available from:
<http://bst.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0270467604265061>
12. Morán L. Aptitudes y Actitudes del Docente Clínico. Una Aproximación Cualitativa. *Enfermería Univ* [Internet]. 2005;2:32–6. Available from:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/45777>
13. Bettancourt L, Muñoz LA, Aparecida M, Merighi B. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica : un enfoque fenomenológico. 2011;19(5):9. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500018>.
14. Ministerio de Protección Social. Ley 911 de 2004. [Internet]. Colombia: Documento electrónico de internet; 2004 p. 46. Available from:
http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf
15. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico de Enfermería. [Internet]. Ginebra (suiza): Documento electrónico de internet; 2012 p. 12. Available from: <http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>.
16. Brykczynski K. Del principiante a Experta: Excelencia y Dominio de la Práctica de Enfermería Clínica. In: Elsevier, editor. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima Ed. España; 2011. p. 137–62.
17. Medina JL. La enseñanza de la complejidad del cuidado de la complejidad Humana: problemática epistemológica, construcción disciplinar y prácticas. Medellín; 2007.
18. Tessa R. Dificultades percibidas por los estudiantes de enfermería en su inserción a la práctica clínica de enfermería médicoquirúrgica. *Rev Iberoam Educ e Investig en Enfermería*. 2014;4(4):35–43.
19. Potter P, Perry A., Stockert PA, Hall A. *Fundamentos de Enfermería*. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. 1367 p.
20. Monteverde GG, Elizalde MZ. Adultas y adultos mayores en Sonora : ¿ dependientes , autosuficientes o proveedores ? Introducción. 2007;01(662):9. Available from:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252007000400007&lng=es&tlng=es.

21. Arias CJ. El Apoyo Social en la Vejez : Alternativas de Acción frente a los Desafíos del Envejecimiento Poblacional. 2008;5(7600):54–62. Available from:
<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3628/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=35f821de-7675-4f9b-89fb-63a47e255740@sessionmgr4003&vid=18&hid=4206>
22. JM. C, Citado por Chaparro. Introduction and overview: chronic illness and nursing. In: Bernstein R, Corbin JM (Eds) Chronic illness Research and theory for nursing practice. California: Springer Publishing Company; 2001. p. 1–15.
23. Shuman. R. Vivir con una Enfermedad Crónica. Una guía para pacientes, familiares y terapeutas. [Internet]. Segunda Ed. Paidós, editor. Barcelona; 1999. 257 p. Available from:
http://books.google.com.co/books?id=66awR69UxBsC&printsec=frontcover&dq=enfermedad+cronica&hl=es&sa=X&ei=-BI2Utb5BYHc8wTb-IDIBQ&redir_esc=y#v=onepage&q=enfermedad+cronica&f=false
24. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B AS. Enfermedad Cronica y Sufrimiento. Revision de Literatura. Aquichan [Internet]. 2012;12:11. Available from:
<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3628/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=35f821de-7675-4f9b-89fb-63a47e255740@sessionmgr4003&hid=4206>
25. Gotti M. El discurso jurídico en diversas lenguas y culturas: Tendencia a la globalización e identidades locales. Rev signos,. 2008;41(68):381–401.
26. Lucchesi MA. La Universidad Internacional en América Latina : un Nuevo Paradigma para el Siglo XXI The International University in Latin America : a New Paradigm for XXI Century. Form Univ, La Serena [Internet]. 2011;4(1):25–36. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062011000100005&lng=es&nrm=iso. accedido en 15 mayo 2016.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062011000100005>.
27. Baumann A, Blythe J. La globalización en la Educación Superior en Enfermería. ANA Period Ojin. 2008;13(2):1–13.
28. Consuelo M, Agudelo C. profesionales de enfermería en América Latina. 2008;XXVI:114–21. Available from: Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215278010>
29. Mackenzie N, Eraut M. La enseñanza y el aprendizaje. Introducción a nuevos métodos y recursos en la educación superior. Nuevas Perspectivas. Mexico; 1974.

30. Siles J. Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. *Enfermería Clínica*. 7(4):188–94.
31. Enfermer DELOSEDE, Pr SLAS, CI C, Hospitalarias N, Students N, On V, et al. Valoración de los estudiantes de enfermería sobre las prácticas clínicas hospitalarias nursing students' valuation on their clinical clerkship. *Nure Investig*. 2011;52(11):1–12.
32. Rodr M, Gonz P, Fern M, Blas I De. Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum Life experiences of the student nursing 4th in the practicum. *Cult los Cuid*. 2014;XVIII(38):25–33.
33. Vargas L. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica 1. *Investig en Enfermería Imagen y Desarro*. 2010;12(1):79–94.
34. Castrillon C. La dimensión social de la práctica de la enfermería. *Historia y Sociología de la Enfermería*. segunda ed. Española EA, editor. Alemania; 2012. 200 p.
35. Strauss A., Corbin J. Bases de la investigación Cualitativa. 2da ed. Medellín, Colombia.: Editorial Universidad de Antioquia; 2012. 341 p.
36. Sacchetti, Laura & Rovere M. surgimiento de la Enfermería Moderna. Mitos Victorianos, Tecnologías de Poder y Estrategías de Género. Segunda Ed. Editorial el Agora, editor. Argentina; 2011. 175 p.
37. Sacristán Jose G. Comprender y Transformar la Enseñanza. 10a ed. España: Morata; 2008. 442 p.
38. Guerra M JW. Referentes acerca del proceso de prácticas pedagógicas. In: Referentes a cerca del Proceso de Prácticas Pedagógicas Proyecto Formación de Directivos Docentes en Antioquia [Internet]. Medellín; 2007. p. 59. Available from: <http://virtual.funlam.edu.co/repositorio/sites/default/files/ReferenteProcesode practicaspedagogicas.pdf>
39. Flórez Ochoa R. Evaluacion pedagógica y cognición. Colombia: Mc Graw Hill; 2000. 226 p.
40. Collière MF. Promover la vida. 2da ed. México: McGraw Hill Educación; 2009. 350 p.
41. Fawcett J, Desanto S. Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 3a ed. Estados Unidos: F.A. Davis Company. Philadelphia; 2013. 453 p.
42. Parse RR. Nursing: Still in the shadow of medicine. *Nurs Sci Q*. 2001;14(3.):181.181.

43. Salsberry P. A philosophy of nursing: what is it? What is not? In: Developing a philosophy of nursing. United States of America: June F. Kikuchi Helen Simmos Editors; 1994. p. 11–8.
44. Meleis A. Theoretical Nursing. Development and progress. 5a. ed. China: Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins; 2012. 672 p.
45. Brykczynski K. De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Séptima. España; 2011. p. 137–64.
46. Dreyfus H, Dreyfus S. The Relationship of the Theory and Practice in the Acquisition of Skill. In: Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment, and Ethics. 2da ed. New York: Springer Publishing Company; 2009. p. 279.
47. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Una definición y repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. Reflexiones 25 años después. 4a ed. España: McGraw Hill; 1994. 115 p.
48. Luis Rodrigo M, Fernández Ferrín C NGM. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2da ed. Barcelona: Masson; 2000. 183 p.
49. Kérouack S, Pepin C, Ducharme F, Duquette A MF. El pensamiento enfermero. 5ta ed. España: Elsevier Masson; 2007. 167 p.
50. Alfaro RL. Aplicación del proceso enfermero. Fundamento del razonamiento clínico. 8va ed. Philadelphia: Wolter Klumer Health; 2014. 229 p.
51. Habermas J. Teoría de la Acción Comunicativa, I. Racionalidad de la Acción y Racionalización Social. 5ta ed. España: Taurus Humanidades; 1999. 519 p.
52. Flórez Ochoa R. Hacia una pedagogía del conocimiento. Colombia: McGraw Hill; 1997. 307 p.
53. Stenhouse Lawrence. Investigación y Desarrollo del Currículum. 3a ed. Morata E, editor. España; 1991. 311 p.
54. Monti, Elizabeth J. Tinggen MST "Edilma de R. "Multiple Paradigms of Nursing Science". Advances in Nursing Science. Bogotá, Colombia: Postgrado, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería Programas de; 2001. p. 64–80.
55. Karen. A. Brykcynsy. [Marriner A RM. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de enfermería. In: Elsevier, editor. Modelos y Teorías en enfermería. Séptima Ed. Barcelona; 2011. p. 797.

56. Medina JL. La pedagogía del cuidado. Saberes y prácticas en la Formación universitaria en enfermería. Barcelona: Leartes; 1999. 307 p.
57. Guber R. La etnografía. Método, Campo y Reflexividad [Internet]. Vasa. 2001. 146 p. Available from:
<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
58. Pope C, Mays N. Qualitative Research in Health Care [Internet]. 3ra ed. Vol. 3, Qualitative Research. Wiley-Blackwell; 2006. 156 p. Available from:
<http://www.amazon.co.uk/Qualitative-Research-Health-Care-Catherine/dp/1405135123>
59. Woods P. La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa. Barcelona: Ediciones Paidós; 1995. 217 p.
60. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. In: Editorial Paidós, editor. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Tercera Ed. Barcelona; 1996. p. 301.
61. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. Vol. 18, México Trillas. 2006. 850 p. Available from: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/020090/020090_Cap1.pdf
62. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Third Edit. Editorial Sage Publications, editor. Vol. 3rd, Qualitative Inquiry. California; 2002. 598 p.
63. Hammerseley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2da ed. Etnografía Métodos de Investigación. Barcelona: Paidos; 1994. 195-225 p.
64. Morse J. Asuntos Críticos en los Métodos de Investigación Cualitativa. 5ta ed. Medellín, Colombia.: Editorial Universidad de Antioquia; 2005. 469 p.
65. Arias M, Valencia A, Victoria C, Mora G. El rigor científico en la investigación cualitativa. Investig y Educ en Enfermería. 2011;29, núm.3,:500–14.
66. Ezekiel Emanuel. ¿Que hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In: Bioetica. E, editor. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos : Nuevas Perspectivas POS OMS [Internet]. Segunda Ed. Santiago, Chile; 2003. p. 83–95. Available from:
<http://actabioethica.cl/docs/pautas.pdf>
67. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. 1993 p. 1–19. Available from:
http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION_8430_DE_1993.pdf#search=resolucion_8430
68. Norris Catherine. Concept Clarification in Nursing. Lippincott Williams and

- Wilkins; 1982. 428 p.
69. Organización Mundial de la Salud. Carta Otawa. Ginebra: OMS; 1998.
 70. Kuhn T. La Estructura de las Revoluciones Científicas. 8a ed. Argentina: Fondo de la Cultura Económica -Mexico.; 2004. 319 p.
 71. Pokomy M. Teorías en enfermería de importancia histórica. In: Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 7a ed. España: Elsevier; 2011. p. 54–66. Available from: <http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidado-de-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica/pubData/source/Cuidado-Enfermeria-en-situaciones-de-enfermedad-cronica-uflip.pdf>
 72. American Nurses Association. Nursing scope and standards of performance and standards of clinical practice. 2da. ed. Silver Springs, MD: nursesbooks.org.; 2010.
 73. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006. Anexo técnico No.1. Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. 2006 p. 416.
 74. Facione PA. Pensamiento Crítico : ¿ Qué es y por qué es importante ? 2007;23–56.
 75. Alfaro RL. Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería. 4ta ed. Barcelona: Elsevier; 2009. 435 p.
 76. Moorhead S., Johnson M., Maas M., y Swason E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ta ed. España: Elsevier; 2014. 736 p.
 77. Henderson Virginia. 30th Anniversary Issue. The concept of nursing. J Compil Adv Nurs. 2006;53 (1):21–34.
 78. Carpenito JL. Manual de diagnósticos enfermeros. 14a ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. 874 p.
 79. Tünnermann C, Souza M De. Desafíos de la Universidad en la Sociedad del Conocimiento. Cinco Años Después de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior. [Internet]. Paris, Francia.; 2003. p. 31. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134422so.pdf>
 80. Alexander MF RP. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista Informe del proceso de elaboración y consultas. Ginebra; 2003 p. 55.
 81. Mejía Lopera ME. SIGNIFICADO DEL CUIDADO. Index Enferm [Internet]. 2008;17(4):231–5. Available from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400002&lng=es

82. Casallas. Citado por Ospina. En: ACOFAEN. Asociación Colombiana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Comentarios generales al marco de referencia: Diseño y elaboración de las especificaciones de una prueba de competencias comunes en las áreas de la salud para los nuevos exámenes de estado ICSES – SABERPRO. Cali, Colombia.; 2011.
83. Jimeno S. ¿Que significa el curriculum? In: Saberes e incertidumbres sobre el curriculum. Madrid, España: Morata; 2010. p. 21–43.
84. Medina JL. De mapas y territorios : el problema de la formalización de los saberes profesionales en el curriculum. Rev Enfuro Asoc Española Enfermería en Urol. 2008;107(Julio-septiembre):6–8.
85. Medina J LM. El curriculum de enfermería como prototipo de tejné : racionalidad instrumental y tecnológica. Texto Context Enfermería, Florianóp. 2009;18(4):617–26.
86. Jarauta B. B, Medina JL. Saberes docentes y enseñanza universitaria. Estud sobre Educ Rev Semest del Dep Educ Fac Filos y Let Univ Navarra. 2012;22:179–98.
87. Shulman L. Those who understand: Knowledge growth in teaching. Educ Res [Internet]. 2010;15(2):4–14. Available from: http://www.salgadoanoni.cl/wordpressjs/wp-content/uploads/2014/09/SHULMAN-L.1986__Those-who-understand-knowledge-growth-in-teaching.pdf
88. Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. Quebecor World GMA, editor. Mexico; 2004. 159 p.
89. Zesati P. Isabel G, Rosa B V., Guzmán I. Isabel, Thelma JG, Guerrero A. J. Análisis de la práctica reflexiva: el caso de la formación del profesional de enfermería. Culcuyt/Educación. 2015;2(57):146–54.
90. Corporacion Universitaria Adventista. Vicerrectoría Académica. Modelo Pedagógico. Medellín, Colombia; 2013.
91. Oblitas L. Psicología de la salud y calidad de vida. 2da ed. Mexico: Thomson; 2006. 512 p.
92. Duran de V. M. Enfermería, desarrollo teórico e investigación. 2da ed. Santafé de Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia; 2001. 181 p.
93. Nightingale. Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Primera. España:

Elsevier Masson; 139 p.

94. Sanchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004. 147 p.
95. White E. Obra institucional de éxito. In: Consejos sobre la salud. Colombia: Printer Colombiana; 1989. p. 252–316.
96. Corporación Universitaria Adventista Vicerrectoría Académica. Modelo Educativo. Medellín, Colombia.; 2008.
97. Corporacion Universitaria Adventista. Filosofía Adventista. 2000.
98. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Paris, Francia.: Santillana; 1999. 67 p.
99. Chacin M, Briceno M. El profesor universitario y la integración de la didáctica en la enseñanza universitaria. Paradigma. 2008;XXIX(1):21–40.
100. Ferrándiz Ferrer E, Lozoya M. M, Baena D, Guirao S, Sanjuán A, Peña Rodríguez A, et al. Estilos de aprendizaje en alumnos de enfermería y su modelaje durante módulos prácticos. In: XIII Jornadas de redes de investigación en docencia universitaria [Internet]. Alicante, España; 2015. p. 1540–50. Available from: <http://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2015/documentos/tema-2/410695.pdf>
101. Medina Rivilla A, Domínguez Garrido M, Ribeiro Gonçalves F. Formación del profesorado universitario en las competencias docentes. Rev Hist la Educ Latinoam. 2011;13(17):119–38.
102. Jiménez C. Formación de docentes para la construcción de saberes sociales. Rev Iberoam Educ. 2003;33:37–54.
103. Tobón T. S, Prieto P. JH, García F. JA. Secuencias didácticas : aprendizaje y evaluación de competencias. Mexico: Prentice Hall. Pearson; 2010. 216 p.
104. Brown S, Glasner A. Evaluar en la universidad. Problemas y nuevos enfoques. 2da ed. Madrid: Narcea, S.A de Ediciones; 2007. 233 p.
105. Martínez C. C, Aparecida F. C. Los sentidos de la práctica evaluativa en la educación de enfermeros. Rev Latinoam Enfermagen. 2009;17(1).
106. Triviño Z, Stieповich J. Indicadores de evaluación en la enseñanza-aprendizaje de enfermería. Colomb Médica Corporación Médica del Val. 2007;38(Supl 2):89–97.

107. Benner P, Sutphen M, Leonard V DL. Educating Nurses. A call for radical transformation. Stanford. Estados Unidos de América: Jossey- Bass; 2010. 249 p.
108. Medina M JL, Castillo P S. La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. Texto Context Enfermería, Florianóp. 2006;15(2):303–11.
109. Schön DA. La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza en las profesiones. 4ta ed. España: Temas de Educación Paidós. Ministerio de Educación y Ciencia; 2010. 310 p.
110. Medina M. J. La profesión docente y la construcción del conocimiento profesional. Argentina: Magisterio del Río de la Plata.; 2006. 176 p.
111. Sánchez H. B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004. 288 p.
112. Martsolf, D. y Mickley J, Citado por Sanchez B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Santa Fè de Bogotá.: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia; 2004. 147 p.
113. Tanner CA. Thinking Like a Nurse : A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. J Nurs Educ [Internet]. 2006;Vol. 45, N(June):204–11. Available from:
http://www.mccc.edu/nursing/documents/Thinking_Like_A_Nurse_Tanner.pdf
114. Levett-jones T, Sundin D, Bagnall M, Hague K, Sullivan O, Schumann W, et al. Learning to Think Like a Nurse. 2005;15–20.
115. Mantilla Pastrana M., Gutiérrez Agudelo M. Procesos de evaluación del aprendizaje del cuidado en la práctica de estudiantes de Enfermería. Enferm Univ. 2013;10(2):43–9.
116. Luis R. MT. Enfermería Clínica. Cuidados enfermeros a las personas con transtornos de salud. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2015. 415 p.
117. Isla P. P, Rigol C. A, López M. C. Enfermedad crónica y enfermera avanzada. In: Enfermería Clínica Avanzada Colección de cuidados de salud avanzados. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 1–9.
118. Organización Mundial de la Salud.OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Ginebra, Suiza; 2005. 73 p.
119. Medina M. Jose L. Practica Educativa y Practica de Cuidados Enfermeros desde una Perspectiva Reflexiva. Rev Enfermería Albacete. 2002;15.

120. Perrenoud P. Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar. Profesionalización y razón pedagógica. Barcelona: Grao; 2004. 225 p.
121. De Young S. Teaching Nursing. Redwood City: Addison - Wesley Nursing; 1990. 274 p.
122. Dunne. Citado por Benner P. Educating Nurses. A call for radical transformation. Stanford. Estados Unidos de América: Jossey- Bass; 2010. 43 p.
123. Medina JM, Jarauta B IF. La enseñanza reflexiva en la educación superior. Cuadernos de la docencia universitaria. Barcelona: Octaedro; 2010. 43 p.
124. Gaberson K, Oermann M. Clinical Teaching Strategies in Nursing. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2006. 298 p.
125. Tobón T. S. Formación Integral y Competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. 3ra ed. Bogotá, Colombia: ECOE Ediciones Ltda.; 2010. 328 p.
126. Guevara L. M. Cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Glob. 2015;14(37).
127. Guevara C. RM, Baltazar T. RM. Liderazgo en Enfermería. Desarro Científico Enfermería. 2010;18(6):265–8.
128. Estefo A. S, Paravic K. T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc y Enfermería. 2010;XVI(3):33–9.
129. SchebellaS. G, Müller De M. A, Dall´agnol C, Cavalcanti J. B, Santos M. D. Liderazgo en enfermería: Análisis del proceso de elección de jefes. Latino-Am Enferm. 2010;18(6).
130. Villarraga L. Fundamentos para la formación de actitudes de cuidado en enfermería. In: Dimensiones del Cuidado. Santa Fè de Bogotá.: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia; 1997. p. 122–4.
131. Lenninger. Citada por Medina J. La pedagogía del cuidado. Saberes y Prácticas en la formación Universitaria. Barcelona: Leartes; 1999. 307 p.
132. Ferrer A. C, Santamaría G. J, Fernández B. M, Salazar G. R. The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency . New roles and redesigns. Educ Enf. 2014;32(3):488–97.
133. Catalán G, Rodes S. M, Catarrala B. La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia [Internet]. España; 2010. p. 13. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/Ensenanza/article/viewFile/21268/93267>

134. Kittay EF. Love's labor. Essays on women, equality and dependence. New York: Routledge; 1999. 237 p.
135. Robles L. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos : un sistema de autoatención. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):618–25.
136. Zea Herrera M del C, Torres Marín BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. Investig y Educ en Enfermería. 2007;(25)1:40–9.
137. Rizzo P. R. Interdisciplinary and Interprofessional: What Are the Differences? Nurs Sci Q. 2014;28(1):25–6.
138. O'brien ME. Spirituality in nursing. Standing on holy ground. 2nd ed. Canadá: Jones and Bartlett Publishers; 2002. 387 p.
139. Quintero María Teresa; Gómez Margarita. El cuidado de enfermería significa ayuda. Aquichan [Internet]. 2010;10(1):8–18. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100002
140. Mejía L. ME. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Index Enferm [Internet] [Internet]. 2008;17(3):197–200. Available from: 197-200. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300010&lng=es
141. Cibanal L, Arce M del C, Carballal M del C. Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Barcelona: Elsevier; 2014. 329 p.
142. Gadamer H. Verdad y método. Fundamentos de una Hermenéutica Filosófica. 5ta ed. Salamanca: Ediciones Sígueme S.A; 1993. 221 p.
143. Ruiz G. MA. Filosofía del dialogo: Dimensión ética y política del arte de la conversación. Santafé de Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia.; 2008.
144. Sandoval C, Roldán O, Luna C. T. Desarrollo Humano: Un punto de vista alternativo. In: Bases conceptuales de una Educación Orientada al Desarrollo Humano Área de Educación Modulo 1 CINDE. Medellín; 1998. p. 13–7.
145. Aguilar LA. Conversar para aprender . Gadamer y la educación. Rev Electron Sinéctica. 2003;23:11–8.
146. Vygotsky. Citado por Moreira MA. Lenguaje y Aprendizaje Significativo. 2003;111.

147. Mortimer y Scott. Citado por Moreira MA. Lenguaje y Aprendizaje significativo. 2003;111.
148. Echavarría G. CV. Hacia una aproximación de la Relación conceptual entre Desarrollo humano y programas De atención a la infancia. :1–14.
149. Negarandeh R, Bahabadi AH, Mamaghani JA. Impact of Regular Nursing Rounds on Patient Satisfaction with Nursing Care. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. Elsevier; 2014;8(4):282–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.005>
150. Saleh B, Nusair H, Al Zubadi N, Shloul S, Saleh U. The nursing rounds system : Effect of patient ' s call light use , bed sores , fall and satisfaction level. *Int J Nurs Pract*. 2011;17:299–303.
151. Larrosa J. Lenguaje y educación. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2001;(16):68–80. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782001000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 8 de Jullio de 2016

Anexos

Anexo 1 - Guion para la entrevista semiestructurada

Para dar respuesta a la pregunta central del presente trabajo de investigación, se proponen las siguientes preguntas a la luz de los objetivos propuestos:

OBJETIVOS	PREGUNTAS PARA EL DOCENTE	PREGUNTAS PARA EL ESTUDIANTE
<p>Interpretar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Como es tu proceso de preparación de la práctica? ➤ ¿Como llevas a cabo la enseñanza en el curso que te corresponde en cuanto a el cuidado, la enfermedad crónica, el cuidado del paciente con este tipo de enfermedades? ➤ Como realizas la selección de los contenidos del curso? Y de los Contenidos de la practica? ➤ ¿cómo planteas los objetivos del curso? ➤ ¿cómo planteas los objetivos de la practica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿ Como aprendes? ➤ ¿Que aprendes? ➤ ¿De quien aprendes? ➤ Como inicias las actividades académicas teóricas en el curso de cuidado? ➤ Que actividades realiza el profesor y que actividades realizas como estudiante en la clase? ➤ Cuales estrategias que realiza el profesor te llaman la atención y porque?
<p>Identificar los saberes teóricos y prácticos que utilizan el profesor y el estudiante de enfermería durante la práctica clínica para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Que piensas de la evaluación? ➤ ¿para que te sirve? ➤ ¿Que evalúas y Para qué ➤ ¿Cuales estrategias tienes para evaluar la teoría y la practica? ➤ ¿Como evalúas la teoría y la práctica, porque y paraqué? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Que piensas de las evaluaciones? ➤ ¿Para que sirven? ➤ ¿En qué momentos eres evaluado? ➤ ¿Cuales estrategias de evaluación te llaman la atención y porque? ➤ ¿Como te evalúan la teoría y

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En qué momentos evalúas? ➤ ¿Porquè piensas que el estudiante tiene el conocimiento teòrico? 	<p>la practica?¿Cómo te evalua tu docente durante la practica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿En que momentos se lleva a cabo esta evaluaciòn? ➤ Cuales métodos ha identificado para la práctica del cuidado y cuáles de ellas desarrollas como estudiante en la práctica?
<p>Analizar como se da la relación del saber teórico con el saber práctico durante la práctica clínic, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué elementos tienes en cuenta para el cuidado del paciente con el estudiante? ➤ Una vez realizas la practica con los estudiantes, como percibes que ellos integran la teoría a la práctica? ➤ ¿Para ti que es integrar? ➤ ¿Como posibilitas la integración del conocimiento teórico en la práctica? ➤ ¿Cuales estrategias utilizas? ➤ ¿Puedes integrar todos los conocimientos en la práctica? Porque? ➤ ¿Que es posible integrar y que no? Porque? ➤ ¿Como enseñas en la práctica? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como llevas la teoría a la práctica? ➤ Como aplicas la teoría en la práctica? ➤ Es posible o no relacionar los conocimientos teóricos con la práctica, porque? ➤ Como aprendes en la Practica?
<p>Describir los métodos y las estrategias utilizadas por el estudiante y el profesor durante el</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Como llevas a cabo la enseñanza en la teoría? y en la 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles métodos que utiliza el profesor en la teoría te ayudan aprender, cual te

<p>proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<p>práctica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que es para ti un modelo pedagógico? ➤ Tienes un modelo o modelos pedagógicos que implementas durante el proceso de enseñanza aprendizaje, Cuales? ➤ Como los aplicas durante la teoría y la practica? ➤ Que estrategias didácticas utilizas y te han dado resultado. Porque? ➤ Crees que existe relación entre el modelo pedagógico y las didácticas que utilizas, porque? 	<p>gusta más y porque?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Y en la práctica? ➤ ¿De quien aprendes?
<p>Describir como se da la interacción comunicativa entre profesor-estudiante- profesor y equipo de salud durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qué significado tiene para ti la comunicación en el proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado? ➤ Como percibes tu comunicación con el equipo de salud durante la práctica? ➤ Como percibes la comunicación del equipo de salud contigo como profesor y con los estudiantes durante la práctica? ➤ ¿Como percibes la comunicación del estudiante con el equipo de salud? ➤ ¿Como percibes tu comunicación con el estudiante durante el proceso de enseñanza aprendizaje? ➤ ¿Como ha sido tu contacto con el personal médico, con las enfermeras la practica? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qué significado tiene para ti la comunicación con el profesor y tus pares en el proceso de aprendizaje del cuidado? ➤ ¿Como percibes tu comunicación con el equipo de salud durante la práctica? ➤ ¿Como percibes la comunicación del equipo de salud contigo como estudiante y con el profesor durante la práctica? ➤ ¿Como percibes tu comunicación con el profesor durante el proceso de enseñanza aprendizaje?

ANEXO 2 - Guión para la observación no participante

OBJETIVOS	OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE
<p>Interpretar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<p>Actividades que realizan profesores y estudiantes en diferentes momentos de la práctica clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inicio, desarrollo y culminación de las practicas, momentos de encuentro entre profesores y estudiantes para la enseñanza y el aprendizaje, rol del profesor, rol del estudiante. ➤ Relación pedagógica profesor y estudiante. ➤ Relación estudiante y profesor. ➤ Relación estudiante y equipo de salud durante la practica. ➤ Relación profesor y equipo de salud. ➤ Quienes enseñan, quienes aprenden.
<p>Identificar los saberes teóricos y prácticos que utilizan el profesor y el estudiante de enfermería durante la práctica clínica para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como se hace el proceso de asignación de responsabilidades al estudiante, y que tipo de responsabilidades se asignan, (responsabilidades y/o actividades, ¿hay diferencias?). ➤ Que actividades realiza el estudiante durante la práctica. ➤ Como se da el proceso de realimentación al estudiante (y la evaluación). ➤ Cuales conocimientos científicos y técnicos se revisan y aplican en la practica ➤ Surgen nuevos conocimientos durante la practica. ➤ Existen momentos para discutir la teoría sobre los cuidados correspondientes. ➤ Como se da la relación profesor alumno para la realimentación teórica de la practica. ➤ Qué tipo de práctica realizan los estudiantes y qué tipo de práctica realiza el profesor. ➤ Como es el aporte teórico y técnico del equipo de salud a la práctica de los estudiantes. ➤ -Como enseñan los profesores durante la práctica y

	<p>como aprenden los estudiantes, estrategias que utilizan.</p>
<p>Analizar como se da la relación del saber teórico con el saber práctico durante la práctica clínic, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hay integración disciplinar de enfermería o se enseña desde el modelo biomédico. ➤ Como realiza el estudiante su practica. Cuando tiene un paciente a su cuidado como organiza el cuidado, que actividades o practicas realiza. Cuál es su método para cuidar, cuales herramientas utiliza.
<p>Describir los métodos y las estrategias utilizadas por el estudiante y el profesor durante el proceso enseñanza aprendizaje durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuál es la didáctica que predomina en la enseñanza en el ambiente de práctica clínica, (los métodos y las estrategias). ➤ Cuales herramientas se utilizan en el cuidado.
<p>Describir como se da la interacción comunicativa entre profesor-estudiante- profesor y equipo de salud durante la práctica clínica, para el cuidado del paciente con enfermedad crónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Como se establecen las líneas de autoridad, entre docente estudiantes, docente enfermeros del servicio, y demas integrantes del equipo de salud. (relaciones de poder) ➤ Lenguajes que predominan, expresiones verbales, lenguaje no verbal, momentos de tensión, comportamientos en las enfermeras y miembros del equipo de salud, los pacientes, cuidadores informales, docente, cuando los estudiantes están presentes. ➤ Como establece el estudiante la relación con el docente, la comunicación como es mediada. (y con el paciente, la familia), durante la atención directa al paciente, durante las actividades de educación al paciente y la familia. ➤ Como establece estudiantes y docente, la relación con las enfermeras profesionales del servicio donde realiza la práctica, la comunicación como es mediada, (y con otros integrantes del equipo de salud), durante el inicio de la practica, recibo y entrega de turno, durante la realización de actividades derivadas del cuidado, cuando el paciente presenta cambios que deben ser comunicados a la enfermera del servicio.

Anexo 3 - Consentimiento informado

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FACULTAD DE ENFERMERIA - UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA MAESTRIA EN ENFERMERIA
---	---

Proyecto: Enseñanza - Aprendizaje del cuidado del paciente con

Enfermedad crónica durante la práctica clínica

Nombre del Investigador Principal	Martha Cecilia Torres Panesso
Coinvestigador	Beatriz Ospina
Correo electrónico	zimontp@gmail.com
Nombre de la Organización que respalda la investigación	Grupo de Políticas, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia
Sede del proyecto	Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia Calle 64 N° 53 - 09 Conmutador: [+574] 219 63 30 Email:
Sitio donde se llevará a cabo el estudio	Corporación Universitaria Adventista

Introducción

El Aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica durante la práctica clínica es una investigación planteada bajo el marco de la Maestría De enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, bajo la responsabilidad de una estudiante de Maestría y con la asesoría permanente de una profesora titular de la facultad.

La experiencia que usted ha vivido en el proceso de enseñanza – aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica ayudará a comprender la forma como es aprendido el cuidado en el escenario de la práctica clínica, y permitirá sistematizar las prácticas educativas

en este ambiente de aprendizaje.

Propósito del Estudio

Interpretar cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado al paciente con enfermedad crónica.

Importancia del Proyecto

El trabajo investigativo contribuye al mejoramiento de las prácticas educativas en enfermería, en la medida que permite comprender como es dado el proceso de enseñanza – aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica durante la realización de la práctica clínica, teniendo en cuenta la complejidad del escenario clínico por diversos factores que lo caracterizan, la participación de los diferentes actores del grupo de salud institucional, la comprensión por parte del enfermo de su enfermedad y la adaptación no solo a su condición sino al ambiente hospitalario.

Beneficios

Los resultados que surjan de la investigación contribuyen al mejoramiento de las prácticas educativas en enfermería, en la medida que permite comprender como es dado el proceso de enseñanza – aprendizaje del cuidado del paciente con enfermedad crónica durante la realización de la práctica clínica, teniendo en cuenta la complejidad del escenario clínico por diversos factores que lo caracterizan, la participación de los diferentes actores del grupo de salud institucional, la comprensión por parte del enfermo de su enfermedad y la adaptación no solo a su condición sino al ambiente hospitalario.

Compromisos del Participante:

Si acepto participar en el estudio me comprometo a:

- Brindar la información correcta a la investigadora, respondiendo con veracidad a las preguntas hechas por parte de esta.
- Expresar de forma verbal o escrita a la investigadora, si durante el desarrollo del a investigación, decide retirarse del estudio, salvaguardando el respeto y la confidencialidad en la información.

Costos: Los gastos que surgen en el desarrollo de la investigación, están sujetos al presupuesto del proyecto, y son asumidos por la investigadora, y en ningún momento el

participante incurrirá en pago de costos.

Número de Participantes y Tiempo del Estudio

Tanto el investigador principal como el co-investigador, han propuesto un número total 10 sesiones de observación participante en la sala de internación de cuidado del adulto y sitios donde se lleva a cabo la enseñanza del paciente con enfermedad crónica en la práctica clínica, incluyendo asistencia a seminarios, procedimientos por parte de los estudiantes, recibo y entrega de turno, rondas de enfermería, y otras interacciones resultantes del proceso académico, durante la práctica.

Riesgos: la investigación se considera sin riesgos ya que en su desarrollo no tiene implícita ninguna intervención o manipulación de tipo física, psicológica o social, hacia los participantes, y no se realizarán pruebas, o procedimientos en el presente estudio.

Derechos: usted como participante tiene la autonomía y libertad para decidir participar en la investigación, y puede retirarse de la misma en cualquier momento que se lleve a cabo el desarrollo del trabajo investigativo. Del mismo modo es libre de abstenerse a responder preguntas cuando usted como participante lo decida.

En el caso de que decida no participar o retirarse durante el trayecto de la investigación, se garantiza que no existirá ninguna represalia por parte de la institución universitaria o donde realiza la práctica.

Confidencialidad: la información suministrada por usted como participante, no será objeto de riesgo de sanciones o reprensiones por parte de los docentes o personal de la institución hospitalaria objeto de la práctica, ni de la universidad, no será de conocimiento por parte de sus compañeros, docentes, ni directivos de la institución a la que pertenece, se garantiza salvaguardar en el anonimato su identidad y la información proporcionada por usted.

La información recibida de su parte es de acceso solo de los investigadores, por tanto para la identificación de las entrevistas, se efectuara una codificación de cada una de ellas mediante la letra mayúscula E, sub índice #, acorde a la entrevista numerada, de esta forma se excluye el uso de nombres propios durante el proceso de recolección, sistematización, análisis de información y presentación de resultados, garantizando la privacidad de su identidad como participantes.

Compensación: debido a que la presente investigación es considerada sin riesgo, al no realizar intervenciones de manipulación física, psicológica o social a los participantes, y sus resultados son producto de la observación y las entrevistas, no se le suministrará ningún incentivo a las personas que decidan participar en el presente estudio, consecuente a su


participación, o a los resultados obtenidos en la investigación.

Personas a contactar: usted como participante puede preguntar lo que no comprenda y si considera necesario, puede contactar a la investigadora principal: Martha Cecilia Torres Panesso, teléfonos: 217 73 46 o 314 896 10 25, o con el docente asesor o co-investigador: 219 63 57.

Compromisos de los investigadores:

- Brindarle un trato digno y respetuoso a usted.
- Explicar completamente y en presencia de un testigo (diferente al investigador) el consentimiento informado, en un lenguaje sencillo y comprensible.
- Entregar copia del consentimiento informado para que el participante pueda acceder a este y leerlo nuevamente.
- Responder a las preguntas relacionadas con la investigación, los resultados esperados.
- Garantizar la confidencialidad de la información obtenida, salvaguardando su custodia, garantizando su uso solo con fines investigativos y académicos, de acuerdo a su autorización.
- Informar sobre cualquier hallazgo que pueda significar riesgo, problema o beneficio para el participante.

Anexo 4 – Declaracion de consentimiento informado

 <p>DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>							
<p>Por medio de este documento, declaro que bajo mis facultades físicas y mentales, he leído la información suministrada, o en su defecto me ha sido leída.</p> <p>Decido de manera libre participar en el estudio, sin presiones de ningún tipo, teniendo conocimiento de los objetivos de la investigación, preguntando las dudas acerca de la misma.</p> <p>Así mismo, conozco el derecho de poder retirarme en cualquier momento, lo cual no trae ninguna ninguna represalia o riesgo, por parte de la institución universitaria o de la institución donde se realiza la práctica.</p>							
<table border="1"><tr><td>Nombre del Participante:</td></tr><tr><td>Firma del Participante:</td></tr><tr><td>Cédula de ciudadanía:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Código en la investigación:</td></tr><tr><td>Fecha:</td></tr><tr><td>Se entrega copia del consentimiento: SI: NO:</td></tr></table>	Nombre del Participante:	Firma del Participante:	Cédula de ciudadanía:	Teléfono:	Código en la investigación:	Fecha:	Se entrega copia del consentimiento: SI: NO:
Nombre del Participante:							
Firma del Participante:							
Cédula de ciudadanía:							
Teléfono:							
Código en la investigación:							
Fecha:							
Se entrega copia del consentimiento: SI: NO:							

<p>Testigo: expreso que se han brindado las explicaciones requeridas de la investigación al participante, además que se le realizó la lectura del consentimiento informado, y que ha dado el consentimiento sin presiones de ningún tipo por parte de la investigadora.</p>					
<table border="1"><tr><td>Nombre del testigo:</td></tr><tr><td>Firma del testigo:</td></tr><tr><td>Cédula de ciudadanía:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Fecha:</td></tr></table>	Nombre del testigo:	Firma del testigo:	Cédula de ciudadanía:	Teléfono:	Fecha:
Nombre del testigo:					
Firma del testigo:					
Cédula de ciudadanía:					
Teléfono:					
Fecha:					

<p>Declaración del investigador responsable del estudio: certifico que he dado la información y explicación al participante a cerca del estudio y de la información contenida en el consentimiento informado de la presente investigación, respondiendo las dudas o preguntas realizadas por este y sin ejercer ninguna presión para su participación.</p>					
<table border="1"><tr><td>Nombre del Investigador:</td></tr><tr><td>Firma del Investigador:</td></tr><tr><td>Cédula de Ciudadanía:</td></tr><tr><td>Teléfono:</td></tr><tr><td>Fecha:</td></tr></table>	Nombre del Investigador:	Firma del Investigador:	Cédula de Ciudadanía:	Teléfono:	Fecha:
Nombre del Investigador:					
Firma del Investigador:					
Cédula de Ciudadanía:					
Teléfono:					
Fecha:					

Anexo 5 – Matriz de análisis

CATEGORIA	SUB- CATEGORIA	DESCRIPCIÓN	PALABRAS CLAVES	TEXTO SIGNIFICATIVO	TENDENCIA
ENSEÑANZA APRENDIZAJE	Aprendizaje B. Saber práctico (Estudiante)	Que aprende	Estudiante líder -Asigna pacientes Los criterios de asignación son: -Cualquier tipo de paciente -Han visto la parte teórica -Que es la enfermedad -No pacientes aislados	“Al terminar el recibo y entrega de turno las estudiantes se reúnen en el corredor, mientras que la estudiante líder ES8 empieza a asignar los pacientes” ONP9-INV “Somos cinco, a una le toca ser líder, entonces el líder él va asignar los pacientes y va estar pendiente de todo el servicio e igual de los pacientes que le asigno a las compañeritas,(...)” E9-ES11 “Los criterios, mirar de que, pues yo creo que todas se sienten en las condiciones de recibir cualquier tipo de pacientes por que ya todas hemos visto la, la parte teórica de lo que es la enfermedad.. en la única parte que uno si tiene que limitarse es en la parte de los pacientes aislados porque somos estudiantes” E8-ES10 “El líder reparte esos pacientes de acuerdo a las patologías que tengan que coincidan con las que hemos visto acá” E4-ES6	Todos los participantes... de los cinco estudianes... uno tiene la asignación... quien asigna los p... pendiente de todo el s... pacientes que le a... compañeras. Algunos de los participa... que los criterios que ti... para elegir los pacientes... asignados son en pr... convicción de que toda... condiciones de recibir c... pacientes, debido a qu... visto la parte teórica c... enfermedad, es decir, d... patologías que los pac... que hayan sido estudia... única limitación que... orientada hacia los pacie...

Anexo 6 – Carta aprobación comité de ética Universidad de Antioquia



SEDE DE INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA-SIU

ROSALBA DURÁN FORERO- *PhD Universidad de Barcelona*
MÓNICA LUCÍA GIRALDO- *PhD en Bioquímica e inmunología*
DIEGO ALEJANDRO GAITÁN-*PhD en nutrición y alimentos*
DANIEL FLÓREZ MEDINA- *especialista en pedagogía virtual TIC's*
JASMÍN VIVIANA CACANTE- *PhD en Bioética*
ALBERTO RESTREPO-MD *Psiquiatra*
MARÍA C. CORREA- *Administradora en Salud*

3. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
4. El Comité considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
5. El Comité informará inmediatamente a los entes reguladores, correspondientes según el caso
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
6. El Comité informará inmediatamente a las directivas de la SIU, toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación
 - b. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - c. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.
7. El presente proyecto queda aprobado por un periodo de un (1) año más a partir de la fecha de aprobación.
Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente a este comité, con todos los documentos que permitan su revisión actualizada: estos incluyen, informe de actividades, fecha de iniciación, modificaciones solicitadas y previamente aprobadas por este Comité.
8. El Investigador principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del CBE-SIU excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que se considere implica riesgos para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Informar cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación a la secretaría y al presidencia del CBE-SIU, dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el incidente, tal como lo dispone la resolución 2378 de 2008 y la resolución 2011020764 de 2011, ambas del Ministerio de la Protección Social.
 - d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.

Comité de Bioética de Investigación en Humanos de la Sede de Investigación Universitaria CBE-SIU
Edificio SIU: Calle 62 52-59 Telefax (574) 2496402
Medellín – Colombia

ROSALBA DURÁN FORERO- *PhD Universidad de Barcelona*
MÓNICA LUCÍA GIRALDO- *PhD en Bioquímica e inmunología*
DIEGO ALEJANDRO GAITÁN-*PhD en nutrición y alimentos*
DANIEL FLÓREZ MEDINA- especialista en pedagogía virtual TIC's
JASMÍN VIVIANA CACANTE- *PhD en Bioética*
ALBERTO RESTREPO-MD *Psiquiatra*
MARÍA C. CORREA- Administradora en Salud

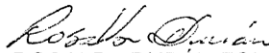
3. El Comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
4. El Comité considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
5. El Comité informará inmediatamente a los entes reguladores, correspondientes según el caso
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
6. El Comité informará inmediatamente a las directivas de la SIU, toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación
 - b. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - c. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.
7. El presente proyecto queda aprobado por un periodo de un (1) año más a partir de la fecha de aprobación.
Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente a este comité, con todos los documentos que permitan su revisión actualizada: estos incluyen, informe de actividades, fecha de iniciación, modificaciones solicitadas y previamente aprobadas por este Comité.
8. El Investigador principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del CBE-SIU excepto cuando sean necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que se considere implica riesgos para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Informar cualquier evento adverso serio de algún paciente, comunicando la situación a la secretaria y al presidencia del CBE-SIU, dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el incidente, tal como lo dispone la resolución 2378 de 2008 y la resolución 2011020764 de 2011, ambas del Ministerio de la Protección Social.
 - d. Poner en conocimiento del comité toda información nueva importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo/beneficio de los sujetos participantes.

- e. Comunicar cualquier decisión tomada por otros comités con respecto a la investigación que se lleva a cabo.
- f. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones y las implicaciones que esto tiene para el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

9. Observaciones

- 1. Falta señalar la fuente de financiación del estudio.
- 2. Este Formato de Consentimiento Informado si cumple con las exigencias mínimas de la 8430 y es un ejemplo de cómo se deben elaborar los consentimientos informados para un estudio.

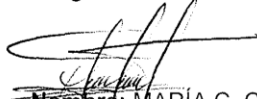
10. El Comité consideró que: es válido desde el punto vista ético. La investigación no involucra riesgo para los sujetos que participan. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.



Nombre: ROSALBA DURÁN FORERO

Título: Ph.D. Universidad de Barcelona, España

Cargo CBE-SIU: Presidenta



Nombre: MARÍA C. CORREA

Título: Administradora en Salud, Universidad de Antioquia

Cargo CBE-SIU: Secretaria

Anexo 7 – Carta aprobación ética Corporación Universitaria Adventista



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZA

Que MARTHA CECILIA TORRES PANESSO, identificada con cédula de ciudadanía 43572762, quien es docente del Programa de Enfermería, se le autoriza por medio del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud aplicar los instrumentos propios para la recolección de datos de la Investigación, cuyo objetivo de investigación es "Interpretar cómo se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje del estudiante de enfermería durante la práctica clínica, para el cuidado al paciente con enfermedad crónica".

Este certificado se expide por solicitud de la investigadora, a los veintidós días del mes de agosto de 2014.

Atentamente,

DR. JAIRO W. CASTAÑEDA, Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Tel. 2508328 Ext. 154
icastaneda@unac.edu.co

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 8 de junio de 1983 / NET 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

Anexo 8 – Plan de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes

	COMPETENCIAS O ACTIVIDADES	NIVEL DE FORMACIÓN O SEMESTRE	OBSERVA O SE INFORMA	REALIZA CON SUPERVISIÓN DOCENTE (actúa guiado)	ACTUA SOLO CON PRESENCIA DEL DOCENTE (actúa observado)
1.	Asiste y participa en la entrega y recibo de turno	VII Semestre	A	B	
2.	Realiza y aplica el proceso de atención de enfermería en el cuidado de los pacientes: anamnesis y examen físico	Estudiante VII semestre	A	B	
3.	Analiza e interpreta los datos significativos. y aplica escala de Katz, Braden, Glasgow y J.H. Downton,	Estudiante VII semestre	A	B	
4.	Elabora diagnósticos enfermería considerando problema factor relacionado/factor de riesgo.	Estudiante VII semestre	A	B	
5.	Elabora resultados esperados	Estudiante VII semestre	A	B	
6.	Planea las intervenciones de enfermería al paciente y su familia, teniendo en cuenta los factores o causas del problema.	Estudiante VII semestre	A	B	
7.	Fundamenta la base científica de la intervención de enfermería y se apoya en las guías institucionales de cuidado.	Estudiante VII semestre		A,B	
8.	Ejecuta los las intervenciones de establecidos en el plan de cuidados con juicio crítico, responsabilidad y calidez	Estudiante VII semestre	A	B	
9.	Planea y ejecuta sesiones educativas al paciente y su familia atendiendo las necesidades identificadas.	Estudiante VII semestre	A	B	
10.	Prepara, administra y registra los medicamentos indicados.	Estudiante VII semestre	A	B	
11.	Elabora fichas farmacológicas designadas.	Estudiante VII semestre		A,B	
12.	Controla y registra de las funciones vitales del paciente	Estudiante VII semestre		A,B	
13.	Controla de peso	Estudiante VII semestre		AB	
14.	Aspiración de secreciones orales y nasofaríngeas.	Estudiante VII semestre	A	B	
15.	Administración de oxigenoterapia e inhaloterapia	Estudiante VII semestre	A	B	

16.	Control de balance hídrico, venoclisis y goteo.	Estudiante VII semestre	A	B	
17.	Cuidados con la sonda vesical	Estudiante VII semestre	A	B	
18.	Canalización de vía periférica y manejo de equipo de venoclisis, buretrol y llave de triple vía	Estudiante VII semestre	A	B	
19.	Manejo de equipos: bomba de infusión y pulsoxímetro	VII semestre	A	B	
20.	Cuidado de heridas y ostomías	Estudiante VII semestre	A	B	
21.	Alimentación y cuidados de SNG, orogástrica y gastroclisis, nutrición enteral.	Estudiante VII semestre	A	B	
22.	Toma de muestra de orina, sangre, heces, esputo y residuo gástrico si se presentara.	Estudiante VII semestre	A	B	
23.	Asiste y cuida al paciente que requiere ayudas diagnósticas	Estudiante VII semestre	A	B	
24.	Aplicación de enemas y manejo de la impactación fecal	VII semestre	A	B	
25.	Actividades de Higiene y confort, cambios de posición, restricciones y ayudas para la marcha	Estudiante VII semestre		A,B	
26.	Realiza los registros de enfermería pertinentes	VII semestre	A	B	
27.	Participa en la admisión y alta de paciente.	VII semestre	A	B	
28.	Brinda apoyo emocional y espiritual al paciente.	VII semestre	A	B	
29.	Evalúa la intervención de enfermería basado en el resultado esperado y replantea el plan de cuidado.	Estudiante VII semestre	A	B	
30.	Interviene en los reportes de entrega de los servicios.	VII semestre		A,B	
31.	Realiza o participa en la ronda de enfermería dirigida al fortalecimiento del proceso del cuidado y al trabajo interdisciplinario.	Estudiante VII semestre		A,B	
32.	Conoce y maneja el flujograma institucional de atención al usuario.	Estudiante VII semestre	A	B	
33.	Cumple con las normas universales de bioseguridad, los principios de asepsia, vigilancia epidemiológica y manejo de desechos hospitalarios	Estudiante VII semestre	A	B	
34.	Realiza cobros, devoluciones y hace solicitudes a otras dependencias.	Estudiante VII semestre	A	B	
35.	Participa en las discusiones interdisciplinarias sobre los dilemas éticos presentados durante la práctica.	Estudiante VII semestre	A	B	

Anexo 9 – Cronograma de la investigación

CRONOGRAMA INVESTIGACION MAESTRIA 2013-2014

MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Entrega del primer capítulo (Problema, pregunta, objetivos, Justificación, Contexto Investigativo)	2014																																								2013							
Revisión Bibliográfica																																																
Entrega segundo capítulo (Referente Teórico)																	2014																															
Entrega del tercer capítulo (Marco Metodológico)																																																
Elaboración del Instrumento (guión de entrevistas y guión de observación participante)																																																
Elaboración del Consentimiento Informado																																																
Cartas Comité de Ética Institucional																									2014																							
Trabajos Exploratorios (observaciones y Entrevistas)																																	2014															

CRONOGRAMA INVESTIGACION MAESTRIA 2015-2016

MES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Sistematización de la Información																																												
Trabajo de Campo y Entrevistas																																												
Organización y clasificación de la Información																																												
Análisis de la Información realimentación a los participantes																																												
Escritura Resultados, análisis y discusión																																												
Escritura de Conclusiones y recomendaciones, bibliografía y anexos																																												

CRONOGRAMA INVESTIGACION MAESTRIA 2016

MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión por la asesora																																												
Elaboracion del Articulo para publicacion																																												
Entrega oficina de Post-gradados																																												
Evaluadores																																												
Correcciones y Sustentación																																												
Entrega de resultados a la institucion																																												