



EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL  
ÁREA DE CUIDADO, DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

MARIA PATRICIA ESCOBAR MUÑOZ  
ELVIRA MARGARITA GONZALEZ MAZUELO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE  
MAESTRIA EN "EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO"  
MEDELLÍN  
2010

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL  
ÁREA DE CUIDADO, DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

MARIA PATRICIA ESCOBAR MUÑOZ  
ELVIRA MARGARITA GONZALEZ MAZUELO

Trabajo de grado exigido como requisito para la obtención del  
título en la Maestría en "Educación y desarrollo humano"

ASESOR  
MG. WBERNEY MARIN TAMAYO

UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE  
MAESTRIA EN "EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO"  
MEDELLÍN  
2010

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Jurado 1:

Septiembre 27 de 2010

Jurado 2:

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros estudiantes de la Universidad que de manera generosa nos permitieron indagar en su mundo interior; a las directivas de la Facultad que nos apoyaron de forma permanente para la realización de este estudio; a la Vicerrectoría Académica de la Universidad que nos asignó un tiempo de la labor docente para la realización de la Maestría, al investigador Wberney Marín que nos acompañó y asesoró en el desarrollo de nuestra tesis y por último, a nuestras familias (padres, hijos, esposo) que con su paciencia y tolerancia, nos brindaron su apoyo incondicional hasta el final.

## CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2. OBJETIVOS	34
2.1. General	34
2.2. Específicos	34
3. MARCO TEÓRICO	35
3.1. <i>Evolución histórica de los conceptos sobre las emociones y los sentimientos</i>	35
3.1.1. <i>teorías filosóficas clásicas</i>	36
3.1.2. <i>teorías filosóficas modernas</i>	40
3.1.3. <i>teorías psíquicas</i>	44
3.1.4. <i>teorías cognitivistas</i>	49
3.2. <i>Enfoques y caracterizaciones de las emociones y los sentimientos desde disciplinas como la psiquiatría y la antropología</i>	55
3.2.1. <i>las emociones y los sentimientos desde la psiquiatría: psicopatología de la afectividad</i>	55
3.2.2. <i>las emociones y los sentimientos en la antropología: una mirada desde Agnes Heller</i>	61
3.3. <i>El sentido y la función de la actividad práctica como estrategia metodológica para la enseñanza de la enfermería</i>	70

4.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	82
5.	METODOLOGÍA	88
6.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	92
7.	DISCUSIÓN FINAL	126
	BIBLIOGRAFÍA	134
	APÉNDICES	141

## GLOSARIO

Cogitativa: que tiene la facultad de pensar. Es el sentido culminante de toda sensibilidad humana. Sentido más cercano vinculado a la razón.

Distimia: trastorno o alteración del estado de ánimo: depresión menor, depresión neurótica o depresión crónica.

Elícito: atraído.

Epimelético: tipo de comportamiento animal relacionado con el cuidado a las crías.

Epithymia: deseo caprichoso.

Thymos: alma entendida como aliento o fuerza vital

Voliciones: acto de la voluntad. Deseo, intención.



## LISTAS ESPECIALES

	Pag
Tabla 1. Prácticas desarrolladas en cada uno de los cursos pertenecientes al área académica Cuidado	80
Tabla 2. Variables sociodemográficas	82
Tabla 3. Variables relacionadas con los sentimientos	84
Tabla 4. Edad promedio de los estudiantes encuestados	92
Tabla 5. Estrato socioeconómico de los estudiantes encuestados	92
Tabla 6. Lugar de procedencia	93
Tabla 7. Estado Civil de los estudiantes	93
Tabla 8. Convivencia actual	94
Tabla 9. Año de ingreso al Programa de Enfermería de la UPB	94
Tabla 10. Realización del semestre de inducción al iniciar la carrera	94
Tabla 11. Semestre en el cual se encontraba el estudiante al momento de aplicación de la encuesta	95
Tabla 12. Porcentaje de presencia de los diferentes afectos de los estudiantes, en cada una de las prácticas clínicas del área de cuidado	96
Tabla 13. Porcentaje de presencia de los diferentes sentimientos orientativos de los estudiantes, en cada una de las prácticas clínicas del área de cuidado	99
Tabla 14. Porcentaje de presencia de las diferentes emociones de los estudiantes, en cada una de las prácticas clínicas del área de cuidado	101
Tabla 15. Orden de prevalencia de los sentimientos y las emociones de los estudiantes durante las prácticas clínicas	103

Figura 1. Porcentaje de presencia de los afectos en los estudiantes del programa de enfermería en todas las prácticas del área clínica	96
Figura 2. Porcentaje de presencia de los sentimientos orientativos en los estudiantes del programa de enfermería en todas las prácticas del área clínica	98
Figura 3. Porcentaje de presencia de las emociones en los estudiantes del programa de enfermería en todas las prácticas del área clínica	100

## RESUMEN

Objetivo: Describir los sentimientos y las emociones que presentan los estudiantes de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana, durante el desarrollo de las prácticas clínicas en el área de cuidado. Metodología: estudio empírico analítico, con un diseño cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal desarrollado en el Programa de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín (Colombia). Se encuestaron 71 estudiantes de los semestres 9° y 10°, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 3 y 4 en un 71.4%, con edades comprendidas entre los 20 y 44 años, que habían desarrollado las 17 prácticas clínicas de los cursos correspondientes al área de "Cuidado". Resultados: La alegría (66%), la felicidad (55%) la simpatía (54%), la curiosidad (49%), el amor (48%) y el gozo (47%) se presentaron como emociones y sentimientos de primer orden en los estudiantes de enfermería, especialmente en las prácticas de "Cuidado de enfermería a la mujer, al niño y al adolescente" las cuales están asociadas con el contacto permanente con situaciones de salud y vida. En la revisión de otros estudios nacionales e internacionales, no se encontraron investigaciones que indagaran por las emociones y sentimientos de los estudiantes en las prácticas clínicas de cuidado a las gestantes y a los niños.

La ansiedad (47%), la Confianza (31%), la solidaridad (29%), el miedo (25%), la compasión (24%) y la Humildad (23%) fueron sentimientos y emociones que también se presentaron en los estudiantes de enfermería asociados al cuidado permanente de personas enfermas, con desórdenes mentales, adultos mayores y en situación de amenaza de la vida como fueron las prácticas de Urgencias, Atención básica, Cuidado al anciano sano

institucionalizado y Cuidado al paciente con problemas de drogadicción. Conclusión: se concluyó que la experiencia de las prácticas clínicas para las estudiantes de enfermería de la UPB ha sido positiva, que estas les han generado sentimientos de bienestar, alegría y satisfacción con el rol de cuidadores en la mayoría de las oportunidades.

## INTRODUCCIÓN

Históricamente los profesionales de Enfermería se han dedicado al cuidado de las personas enfermas y que están internadas en instituciones de salud, de una manera solidaria, con dedicación y desde una perspectiva vocacional importante. La Enfermería ha sido definida como "la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción y tratamiento de las respuestas humanas del individuo, la familia y la comunidad a procesos vitales y /o problemas de salud reales o potenciales". (Rodríguez, B. 2002, p.19)

En esta medida la enfermería se ocupa fundamentalmente por brindar a otros, los cuidados necesarios que den respuesta a las situaciones de salud y bienestar de las personas; el profesional de enfermería se encarga de todas las actividades relacionadas con la higiene, la alimentación, el sueño, la seguridad y protección, el confort de las personas sujetos de cuidado. En el ejercicio del rol como cuidador/cuidadora se establece entre el primero y el sujeto cuidado, vínculos basados en la confianza, la comunicación y el afecto que llevan al establecimiento de relaciones de apoyo mutuo. Las prácticas de cuidado, por sus características de cotidianidad, frecuencia, presencia permanente, abordaje de situaciones que tienen que ver con asuntos íntimos de los sujetos, entre otras, llevan al establecimiento de relaciones interpersonales de gran riqueza y crecimiento humano para ambos.

Sin embargo, por el desarrollo que a presentado la enfermería en las diferentes épocas de la humanidad, no se le ha otorgado al cuidador la posibilidad de hacer un

reconocimiento de lo que la relación con las personas sujetos de cuidado, le propician a su patria interior.

De alguna manera, la posibilidad de que el profesional de enfermería pueda reconocer y validar lo que la experiencia con los otros le suscita en términos de sus emociones y sentimientos, se le ha sido negada.

Desde los claustros universitarios en los cuales los aprendices de cuidadores interiorizan el rol del profesional de enfermería, las prácticas y actividades de enseñanza y aprendizaje de la enfermería han estado dirigidas a mantener siempre la mirada en las necesidades de ayuda y cuidado de los otros y no en las de sí mismo. Por decirlo de otra forma, hasta hace una década, poco ha interesado para el desarrollo disciplinar lo que ocurre en el interior del cuidador cuando desarrolla su práctica cotidiana como enfermero/enfermera.

El fin último y más importante ha sido el mejoramiento y confort de los sujetos cuidados, como ha sido expresado por teoristas de la enfermería como Virginia Henderson: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario" (Marriner, A. y Raile, M. 2003, p. 19).

Dirigir la mirada hacia el interior de los cuidadores es la intención principal de esta investigación. La ha convocado la posibilidad de descubrir que es lo que sucede en la patria interior de los aprendices de cuidadores, cuando a través de las prácticas de cuidado a las diferentes personas y grupos humanos (familias y comunidades), estos se enfrentan a

relaciones complejas en las cuales no solo participa el sujeto cuidado sino también el aprendiz de cuidador.

En algunos estudios nacionales e internacionales se ha encontrado el como las prácticas clínicas son fuente de estrés, ansiedad, tristeza y miedo para los estudiantes de enfermería, relacionados con el tipo de paciente al que se atiende, la relación con los docentes o tutores y demás compañeros de práctica, entre otros.

El objetivo de este estudio fue el de identificar los sentimientos y las emociones que presentan los estudiantes de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana, durante el desarrollo de las prácticas clínicas en el área de cuidado.

Se consideró para la indagación la taxonomía propuesta por la filósofa Agnes Heller (1989) en su "Teoría de los sentimientos" aplicándole a 71 estudiantes del Programa de Enfermería una encuesta dirigida. Este estudio esta enmarcado en un enfoque empírico analítico, de tipo descriptivo, de diseño cuantitativo y transversal.

Los resultados más significativos de esta investigación fueron: la alegría, la felicidad, la simpatía, la curiosidad, el amor y el gozo son los sentimientos y las emociones que más experimentan los estudiantes de enfermería de la UPB durante las prácticas clínicas, especialmente en las prácticas de "Cuidado de enfermería a la mujer, al niño y al adolescente" las cuales están asociadas al cuidado de personas con salud y bienestar en la mayoría de los casos. En la revisión de otros estudios nacionales e internacionales, no se encontraron investigaciones que indagaran por las emociones y sentimientos de los estudiantes en las prácticas clínicas de cuidado a las gestantes y a los niños.

Otros sentimientos y emociones como la ansiedad, la confianza, la solidaridad, el miedo, la compasión y la humildad se presentaron en los estudiantes de enfermería asociados al cuidado permanente de personas enfermas, con desórdenes mentales, adultos mayores y en situación de amenaza de la vida como fueron las prácticas de Urgencias, Atención básica, Cuidado al anciano sano institucionalizado y Cuidado al paciente con problemas de drogadicción. Estos resultados presentan una mayor consonancia con los resultados obtenidos en investigaciones desarrolladas en otras instituciones educativas y/o hospitalarias en el ámbito nacional e internacional.

Es posible concluir entonces, que la experiencia de las prácticas clínicas para las estudiantes de enfermería de la UPB ha sido positiva y les han generado sentimientos de bienestar, alegría y satisfacción con el rol de cuidadores, en la mayoría de las oportunidades.

Este estudio presentó algunas limitaciones entre las cuales es posible mencionar la diversidad de taxonomías y clasificaciones existentes de las emociones y sentimientos basadas en los diversos enfoques provenientes de la filosofía, la psicología, la antropología, entre otros; por esta razón se escogió la clasificación que de las emociones y sentimientos propuso Agnes Heller, aunque esta autora no propone la medición de las emociones y sentimientos a partir del establecimiento de escalas o tablas de valoración, lo que definió en gran medida la forma como se presenta la tabla de operacionalización de variables en el estudio realizado; otra limitación importante consistió en las pocas investigaciones realizadas en las instituciones educativas de enfermería sobre este tema en cuestión.



De alguna manera, el reconocimiento de las emociones y sentimientos que presentan los estudiantes de enfermería en la interrelación con las personas enfermas, necesitadas de cuidado en todas las esferas del ser humano durante las prácticas clínicas, es un elemento inicial para el diseño posterior de procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería que involucren además de los aprendizajes de tipo cognoscitivo y académico, los aspectos emocionales y psicológicos de las estudiantes, en una constante búsqueda de la formación integral y humanizada de los aprendices de enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El objeto epistemológico que fundamenta la Enfermería es "el cuidado", el cual se brinda a personas enfermas y sanas con el propósito de brindar bienestar y confort a los diferentes grupos humanos en las distintas fases del ciclo vital: niños, adolescentes, mujeres, gestantes, adultos y ancianos.

En esta medida el Profesional de Enfermería ha dirigido su labor cotidiana al cuidado de las personas en sus necesidades de alimentación, movilización, sueño, higiene, acicalamiento, eliminación, pero además cuida a los otros en sus necesidades psicoafectivas de reconocimiento, autonomía, comunicación, ejercicio del rol, seguridad y protección, sexualidad, crecimiento y desarrollo.

Las prácticas de cuidado implican necesariamente un contacto con el otro y los otros de manera permanente. El Profesional de Enfermería ahonda en las diversas realidades humanas que tienen que ver con la alegría y la esperanza, pero también con el dolor (corporal y emocional), el sufrimiento, el temor, la desesperanza.

Estas situaciones producen en el profesional de enfermería la movilización de sentimientos y emociones que pueden influir de manera positiva o negativa en el ejercicio del rol. Históricamente, la relación enfermero/enfermera y el sujeto cuidado ha sido una relación en una única dirección, en el cual el enfermo es el centro de atención. Y esto es importante que sea así en la medida en que la Enfermería se ha consolidado como una profesión de servicio a los otros; sin embargo, es necesario pensar que a través de los actos de

cuidado el cuidador también se configura como ser humano, también construye identidad y esto ha sido poco observado, inclusive por el mismo cuidador.

La negación permanente que se hace de las emociones y sentimientos que se pueden generar en el acto de cuidar, colocan al cuidador "por fuera" de la relación con el otro y en esta medida, la relación se establece de una manera utilitaria, de "sujeto a objeto". Melich (2001) señala: "A partir de Auschwitz se descubre que lo humano no se halla ni en la razón ni en el deber, ni en la sociedad, ni en Dios, ni en el yo. Lo humano se halla en la relación con el otro; un sujeto, una identidad edificada al margen del otro, o contra el otro, no es una "identidad humana" (p. 50).

Desde otra perspectiva de análisis, cuando la relación entre sujeto cuidado y cuidador ha desconocido al cuidador, posibilita que el profesional de enfermería se instale en una actitud de superioridad, de poder frente al sujeto cuidado. En esta medida el vínculo establecido desconoce las posibilidades de autonomía y capacidad de decisión del sujeto cuidado. Mélich (2001) expresa "La relación de cuidado no se construye sobre el poder (todo poder es negación de lo Otro y afirmación de lo Mismo), sino sobre la autoridad...Por esta razón, la autoridad no es el resultado de la posición social o económica, ni tampoco de la acumulación de conocimientos" (p. 87)

Desde el paradigma del desarrollo humano, el desplegar las posibilidades humanas significa: sentir y vincularse (lo afectivo), resolver problemas (lo cognitivo), regular la propia vida y la vida con otros (lo moral y lo ético), entender/se (lo

lingüístico y comunicativo), actuar colectivamente usando la palabra (lo político), crear (lo estético), y transformar el mundo material y simbólico (el trabajo).

En la medida en que no se ha tenido en consideración las emociones y sentimientos del profesional de Enfermería en el ejercicio del cuidado, tampoco se han tenido en cuenta los sentimientos que presenta la persona que se encuentra en el rol de "aprendiz de cuidador" en la interacción con los pacientes.

En los procesos de enseñanza, aprendizaje y evaluación de la Enfermería se han abordado de manera prioritaria la apropiación que de los conocimientos, ha realizado el estudiante, el grado de desarrollo de las habilidades y destrezas para la ejecución de los procedimientos propios de la profesión y la interiorización de una ética de acuerdo a los valores ostentados por la disciplina (responsabilidad, veracidad, confidencialidad en la información, respeto por la diversidad cultural y religiosa, entre otros)

En los diferentes escenarios académicos, poco ha sido el interés por la identificación, descripción y reconocimiento de lo que le sucede a los aprendices de cuidadores cuando se enfrentan a las diversas realidades humanas durante el desarrollo de las prácticas clínicas. La enseñanza de la enfermería presenta dos espacios importantes de formación: el aula de clase y los escenarios de práctica (salas de hospitalización, cirugía, urgencias, servicios de consulta ambulatoria, entre otros). En estos espacios el estudiante de enfermería toma contacto directo con el sujeto de cuidado (llámese paciente, usuario o cliente según la institución en la que se brinda la atención), y en esta relación que se genera

entre cuidador y sujeto cuidado el estudiante de enfermería se ve confrontado con su propia historia y realidad.

La observación empírica ha permitido identificar como ciertas prácticas y servicios de salud (por ejemplo las instituciones psiquiátricas, o los hogares geriátricos) generan en las estudiantes sentimientos de tristeza, angustia, temor. Las salas de urgencias les producen ansiedad, impotencia, sufrimiento. Las salas hospitalarias con pacientes crónicos o en fase de muerte inminente (pacientes con VIH/Sida, Tuberculosis, cáncer, entre otras) les producen pena y desesperanza. En muchas oportunidades este tipo de situaciones han llevado a algunas estudiantes a presentar diversas enfermedades mentales como depresiones y crisis de pánico. Estudiantes que han tenido en su historia personal situaciones dolorosas, procesos inconclusos y pérdidas sin asumir, maltrato y violencia intrafamiliar sin superar, durante las prácticas estas vivencias vuelven a ponerse al orden del día, generándoles angustia y sufrimiento; podría decirse entonces, que en algunas oportunidades y personas, las prácticas clínicas se convierten en dispositivos disparadores de realidades generalmente traumáticas, que el estudiante no ha logrado abordar y superar.

Las salas de atención a la gestante y al recién nacido le genera alegría, esperanza y ternura. De alguna manera, el desconocimiento acerca de lo que genera en la psiquis de los estudiantes de enfermería, la relación con el sujeto cuidado, ha llevado a la deshumanización de la relación docente - estudiante, escuela - aprendiz, convirtiendo el acto de enseñanza y aprendizaje del cuidado en un asunto de tipo técnico y cognitivo, en el cual puede no se reconoce al estudiante, en un momento dado, como un ser de humanidad.

Por todo lo anterior, se busca identificar a través de la investigación, las emociones y los sentimientos que más se presentan en los estudiantes de enfermería a partir de la relación que se establece entre el "aprendiz de cuidador" y el "sujeto cuidado" durante las prácticas clínicas.

Ahora bien, esta investigación se justificó en la medida en que, desde la búsqueda de la calidad en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería se hizo necesario el conocimiento de ciertas situaciones que estuvieran interfiriendo de manera positiva o negativa en el desempeño académico de los estudiantes de Enfermería, como son los sentimientos y las emociones que se generan a través de las prácticas de cuidado.

Teniendo en cuenta la formación integral de los estudiantes para la transformación de la sociedad como función primordial de la educación, esta investigación posibilitó la identificación de los sentimientos y emociones que presentan los estudiantes en el contacto permanente con los pacientes, como una manera de aprender a conocerse y reconocer-se en esa relación con los Otros; para que logran identificar sus propios sentimientos que permitan la generación de relaciones humanas más ricas e intensas, aquellas que posibilitan el crecimiento personal y en humanidad de los aprendices de enfermería.

Esta investigación tuvo además como finalidad, el enriquecimiento del campo de conocimientos en un área específica de desarrollo disciplinar cuales son los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería; indagar y develar aquellos aspectos que definen una "pedagogía del cuidado",

ofrece a los maestros de enfermería herramientas de tipo metodológico y didáctico que hagan del aprendizaje de la disciplina un proceso de riqueza y crecimiento personal, cognitivo y ético.

La presente investigación buscó, por lo tanto, identificar las emociones y los sentimientos más frecuentes que presentaron los estudiantes de enfermería durante el desarrollo de las prácticas clínicas correspondientes a los distintos cursos del ciclo profesional del actual plan de estudios de pregrado de la UPB, para que a partir de esta identificación, enunciar algunas sugerencias para que docentes y estudiantes tengan en consideración las emociones y sentimientos como un aspecto primordial a tener en la cuenta, en el proceso de enseñanza aprendizaje del cuidado de Enfermería.

Diversos autores provenientes de disciplinas como la filosofía, la psicología, la psiquiatría, la antropología, la sociología, han investigado y discernido acerca de las emociones y sentimientos desde Aristóteles y Santo Tomás pasando por M. Scheler, P. Ricoeur, Wittgenstein, hasta Agnes Heller y Martha Nussbaum. Desde la psicología y la psiquiatría encontramos autores como Freud, Skinner, J.P Scout, Shand, Magda B. Arnold, y muchos más. Esta investigación retomó las ideas y los supuestos teóricos de algunos de estos pensadores, acerca de las emociones y los sentimientos.

Al realizar un rastreo minucioso en la literatura y en las diversas bases de datos se encontraron una serie de investigaciones desarrolladas en diferentes Instituciones de Educación Superior de América Latina y Europa, con objetivos y propósitos similares a los propuestos en esta investigación.

En la Universidad Federal de Goiás (Goiás, Brasil) Esperididiao, Munari y Bouttelet (2004) desarrollaron una investigación a la cual titularon "Holismo sólo en la teoría: la trama de sentimientos del estudiante de enfermería sobre su formación". En ésta los autores llegan a la conclusión:

A pesar del discurso de la integridad del ser humano, nosotros observamos que la formación de los enfermeros da énfasis a la dimensión técnica y deja de instrumentalizar el crecimiento interior del profesional. Tratando de entender este proceso, objetivamos identificar y analizar la percepción y los sentimientos de los estudiantes del pre grado de enfermería, relacionando su formación como persona/profesional en el ámbito de enfermería. Los relatos sometidos a análisis de contenido, identificaron dos categorías: Holismo solo en la teoría y trama de los sentimientos, revelaron que ésta en una fase de muchos descubrimientos y poco espacio para la formación de la persona estudiante. Los resultados de esta investigación ofrecen los elementos importantes a ser pensados por las escuelas buscando formación de estudiante como persona integral/integrada. (p. 339)

El estudio realizado por Alemán, Calvo, Ojeda y Díaz (1998) indagó sobre los trastornos emocionales en los enfermeros, los cuales se pueden agudizar en los estudiantes cuando acceden por primera vez al proceso salud-enfermedad.

La situación en la que se encuentran los alumnos al comenzar sus prácticas, los resultados apuntan en la siguiente dirección: la motivación proviene



básicamente de la ilusión y curiosidad, afrontan las prácticas con una actitud predominantemente pasiva y esperan que sean duras, aburridas y estresantes, carecen de un encuadre claro sobre lo que se espera de ellos y creen encontrar una importante dificultad en la dinámica grupal con sus compañeros de prácticas y profesionales. (p. 30)

Salomé, GM. y Espósito, VH. (1992) en la Universidad Federal de Sao Paulo (Brasil), para obtener información y entender los sentimientos experimentados por los estudiantes de enfermería al hacer vendas durante la práctica clínica curricular y extracurricular, llevaron a cabo un estudio cualitativo, con un marco fenomenológico el cual reveló que los estudiantes se sienten preparados para hacer vendas, pero también informaron que sienten varias dificultades, como tocar un extraño y la asociación de teoría a la práctica. Experimentaron emociones positivas, como el placer, así como sentimientos negativos, tales como angustia, inseguridad, miedo y vergüenza. Según estos la relación profesor-alumno se mejoraría si se crea un espacio para discutir estas experiencias, sería un apoyo durante su período de formación académica.

En un estudio realizado con 100 estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Alicante, asignados al Hospital Elda (Alicante - España) entre los años 2005 y 2007, por Sanjuán, Q.A. y Ferrer, M.E. (2008) titulado "Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas" se encontró:

Hasta este momento podemos decir que se percibe en el grupo necesidad e interés por la formación y autoaprendizaje en actividades teórico/prácticas que les permitan alcanzar seguridad y desarrollo personal. La inteligencia emocional, conjuntamente con la necesidad de formación en técnicas de afrontamiento del estrés son percibidas por la mayoría, como necesarias para ejercer su profesión en el futuro y cuidar de sí mismos y de los demás.

Los problemas de adaptación al lugar de prácticas y los cambios frecuentes son desencadenantes de estrés, exigen un esfuerzo de adaptación no sólo al ambiente sino al grupo profesional que los recibe. La pérdida de libertad para expresar las emociones contribuye a limitar la correcta comunicación para un buen entendimiento en las relaciones interpersonales, que tienen implicación en el rendimiento y desarrollo de las prácticas clínicas.

Los sentimientos de miedo, incertidumbre y estrés que surgen ante lo desconocido no son fruto del miedo a lo nuevo, sino el resultado de la interacción social con los grupos de la institución que, hacen que el estudiante se sienta alienado y desmembrado: mira desde dentro lo que ocurre en el trasfondo escénico, pero a la vez no se siente dentro, y así se lo hacen saber, conformando un distanciamiento en la cultura sanitaria. En términos generales podemos decir que para los factores de Atención y Claridad no existen diferencias por sexos, en cambio, para el factor de

reparación, se demuestra que los hombres tienen una necesidad mayor que las mujeres (+5,36%) de mejorar la reparación emocional (interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos). Los estudiantes con necesidades de mejora en el control y manejo de las emociones perciben como más negativo el entorno de las prácticas clínicas, la tutorización y el apoyo recibidos para la realización de las mismas. (p. 226)

En la Universidad Federal de Ceará, (Campos y Barroso, 2002) se realizó un estudio con el objeto de identificar el nivel de satisfacción de los alumnos en la enseñanza aprendizaje y las dificultades relacionadas con la práctica del cuidado. Se analizaron indicadores como: nivel de satisfacción entre la teoría y la práctica, dificultades relacionadas con la asignatura en la práctica; concluyeron que "aunque el campo clínico es adecuado, permite una buena interacción profesor-alumno-enfermero, la relación número de profesores y de alumnos es inadecuada; lo que genera vacíos en el proceso enseñanza-aprendizaje". (Campos y Barroso, 2002, p. 74).

Según Pearcey y Elliott (2004), la satisfacción en la práctica clínica depende básicamente de la cultura de la sala, de los mentores y del aprendizaje obtenido, sea de las experiencias positivas o de la motivación para el cuidado de enfermería, según los resultados que arrojó su estudio sobre la satisfacción de los estudiantes de enfermería en su proceso de formación. (p. 382)

En el período comprendido entre 1996-2000, se realizó un estudio sobre "La visión del estudiante de enfermería sobre sus

prácticas clínicas" (Vila y Escayola, 2001) en la Escuela de Enfermería de Manresa, España. Su objetivo fue conocer las principales dificultades que los alumnos tenían en el proceso de adaptación del aprendizaje práctico y la utilización de una metodología de trabajo, como es el proceso de atención de enfermería durante sus prácticas clínicas. Los resultados muestran cómo los estudiantes valoraron positivamente a las enfermeras, dieron evidencias de haber interiorizado el modelo profesional y haber desarrollado capacidades durante las prácticas asistenciales. Manifestaron ser conscientes de sus limitaciones y de la falta de habilidades para el ejercicio de la profesión y para la utilización del proceso enfermero. (p. 25)

En un estudio transversal con 287 alumnos de la Escuela de Enfermería de Donosita, España, se pretendió conocer cuáles eran las situaciones consideradas por los alumnos como las más estresantes y las variables que estaban asociadas a las mismas. Los resultados obtenidos fueron: los principales estresantes para los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas se derivan de la falta de competencia, del contacto con el sufrimiento, de la relación con tutores y compañeros, de la impotencia e incertidumbre, de no controlar la relación con el enfermo, de la implicación emocional, de la relación con el enfermo y de la sobrecarga. (Zupira, Alberdi, Uranga, Barandiarán y Sanz, 2003, p. 59)

En otro estudio sobre perspectivas de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas de la Universidad de Almería, en España, realizado en los meses de marzo y junio del 2000-2001, estudio cualitativo desarrollado mediante observación, grupos de discusión y entrevista abierta, las conclusiones se relacionan con la preocupación de los

estudiantes ante las prácticas clínicas: "Tienen miedo de cometer fallas con los pacientes y a contagiarse de alguna enfermedad. Les inquieta el hecho de que pueda gustarles o no la profesión que han elegido y esperan clarificarlo a lo largo de su práctica en el hospital". (Gutiérrez y Latorre, 2002, p. 53).

La investigación titulada "Evaluación de los estados emocionales de los estudiantes de Enfermería" realizada en la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (Portugal) con 229 estudiantes de enfermería, una semana antes al período de evaluación de julio a septiembre de 2005 presentó como resultados los siguientes:

Los resultados revelaron que más de 50% de los estudiantes de enfermería presentaron niveles de ansiedad y estrés superiores al normal, y 38%, niveles de depresión también por encima de los niveles normales. Tomando en cuenta que los datos fueron recabados la semana anterior al periodo de exámenes, sería de esperarse una incidencia notable de estados emocionales negativos en estos estudiantes. Es preocupante el hecho de que cerca del 20% de estudiantes de enfermería presentaron estados emocionales severos y graves relacionados a la ansiedad y al estrés. El porcentaje es menos elevado en la depresión (9,17%), pero también significativo. De acuerdo con los relatos, los estudiantes se sienten particularmente ansiosos durante el periodo de evaluaciones escritas, sobre todo cuando la planeación de los exámenes es inadecuada. En estos momentos, los estudiantes

refirieron manifestar mas síntomas de estados emocionales negativos, con implicación en su desarrollo académico y personal y por eso buscan más apoyo, particularmente en los amigos, la familia, los profesionales de salud y muy raro a sus profesores. En conclusión, el análisis de los estados emocionales de los estudiantes de enfermería, permitió verificar la existencia de un significativo número de estudiantes en sufrimiento. (Alves, J.L, Alves, M. y Olvera, J., 2007, p. 26)

Un artículo presentado en la revista "Avances en psiquiatría biológica" acerca de la Depresión en estudiantes de enfermería, la autora señala de diversas fuentes:

Gorostidi y colaboradores desarrollaron el cuestionario KEZKAK para identificar los estresores que deben afrontar los estudiantes de enfermería en la práctica clínica. Los autores aplicaron el cuestionario a 287 estudiantes de la escuela de enfermería de San Sebastián, en el País Vasco, en España, logrando identificar como los principales estresores: la falta de competencia (11.2%), el contacto con el sufrimiento (9.1%), la relación con profesores, tutores, compañeros de práctica o de clase (9%), los sentimientos de duda o impotencia (7.7%), la falta de control en la relación con los pacientes (7.6%), el involucrarse emocionalmente con los pacientes (5.8%), el atender a pacientes que buscan una relación afectiva con el estudiante (4.6%) y la sobrecarga académica (4.3%). Cook

observó en una muestra de 299 estudiantes de enfermería, que el 41% experimentó ansiedad al interactuar con sus docentes, siendo más frecuente y más intensos los niveles de ansiedad en los estudiantes de los primeros semestres. Los estudiantes de enfermería identifican al primer día de práctica clínica como una fuente desencadenante de ansiedad. (Cortes, 2005, p. 130)

Un estudio realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima - Perú) en el 2007 sobre las "Emociones que experimentan los estudiantes de Enfermería de la UNMSM frente a la atención de los pacientes del Instituto especializado Honorio Delgado Hideyo Noguchi" durante sus prácticas clínicas de la asignatura de Enfermería en salud Mental y psiquiatría, dieron como resultados:

Las emociones que experimentaron los estudiantes de enfermería frente a la atención del paciente psiquiátrico son: miedo, alegría, tristeza, aversión y sorpresa. El miedo es la emoción más prevalente al inicio de las prácticas clínicas, la tristeza es la emoción que más se presenta durante el transcurso de las prácticas y la tristeza y la aversión son las emociones que más prevalecen al finalizar las prácticas. Como hallazgo se encuentra la poca motivación de los estudiantes de enfermería ha desempeñarse en la vida profesional en las actividades de los pacientes hospitalizados en instituciones de salud mental y psiquiatría. (Cerna E.L, 2007, p. 40)

En el período comprendido entre el 2004 y 2005 se llevó a cabo un estudio con enfoque cualitativo en el cual participaron diez (10) estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, (Medellín, Colombia) con el objetivo de conocer la experiencia que tienen los estudiantes durante la realización de las prácticas clínicas. Esta investigación describe y analiza las experiencias positivas y negativas, identifica los aspectos que facilitan o dificultan el proceso de formación del estudiante como profesional de enfermería. Se concluyó que las experiencias del estudiante de enfermería en su práctica clínica están dadas por la socialización que efectúa con el otro y con los otros, es decir por las relaciones que allí se ponen en juego. Se identificaron como categorías, la brecha entre la teoría y la práctica, las relaciones con el equipo interdisciplinario, con el paciente y con el docente. (Hoyos, Morales, Noreña, Salazar y Saldarriaga, 2005, s.p.)

Gray B y Smith P. (1992) en la Universidad de Surrey en el Reino Unido, en la investigación "Trabajo emocional y la configuración clínica de enfermería: las perspectivas de enfermeras en el este de Londres" dicen que las emociones en salud tienden a permanecer tácitas; en enfermería las emociones se hacen invisibles y reducidas a parte integrante de "la mujer trabajo" en la esfera doméstica. Smith aplica el concepto de trabajo emocional al estudio de estudiantes de enfermería, concluyendo que se requiere más investigación. Esto significa investigar lo que a menudo es visto como una habilidad tácita y descodificada. Se realizó estudio cualitativo durante doce meses para examinar el papel del trabajo emocional y en particular las formas en que trabajo emocional fue orientado a diferentes contextos clínicos. Los hallazgos ilustran trabajo



emocional en tres diferentes contextos: atención primaria, salud mental y oncología de los niños. (p. 6)

A pesar de los estudios encontrados, es posible concluir que el tema relacionado con las "Emociones y sentimientos de los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas" ha sido un asunto poco indagado por lo que es complejo exponer teorías concluyentes desde estos.

La pregunta de investigación, por lo tanto, se definió de la siguiente manera: ¿Cuáles son las emociones y los sentimientos que más presentan los estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana durante el desarrollo de las prácticas clínicas pertenecientes al área de cuidado?

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. *General*

Describir los sentimientos y las emociones que presentan los estudiantes de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana, durante el desarrollo de las prácticas clínicas en el área de cuidado.

### 2.2. *Específicos:*

- Identificar algunas características socio demográficas de la población de estudio.
- Identificar los afectos, los sentimientos orientativos y las emociones que con mayor frecuencia presentan los estudiantes de enfermería de la UPB, durante las prácticas clínicas
- Reconocer algunos factores que intervienen en la presencia de los diferentes tipos de emociones, afectos y sentimientos orientativos, durante las prácticas clínicas.
- Enunciar algunas estrategias de intervención en el proceso de enseñanza- aprendizaje del cuidado de enfermería que lleven a la consideración de las emociones y los sentimientos de los estudiantes durante las prácticas clínicas.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. *Evolución histórica de los conceptos sobre las emociones y los sentimientos.*

Hay teoría de los sentimientos desde que existe el pensamiento en los seres humanos y cualquiera que se hubiese tomado la molestia de reflexionar sobre la naturaleza y las tareas de los seres humanos tuvo que tener en cuenta el mundo de los sentimientos, la naturaleza de estos y la relación que con el desarrollo del hombre, estos han presentado.

Sin embargo los sentimientos no han ocupado el mismo lugar ni ha representado el mismo significado en la conciencia humana en los diferentes períodos históricos de la humanidad. En la antigüedad, el sentimiento era fundamentalmente una cuestión ética y el análisis de los sentimientos se subordinaba al análisis de las virtudes. Las preguntas que se hacía la cristiandad medieval eran también, fundamentalmente éticas, pero su norma de virtud era el "buen cristiano". En el dualismo entre cuerpo y alma que marcó toda la época medieval, solo los sentimientos del alma (espirituales) se referían al Bien, mientras que los pertenecientes al cuerpo, quedaban situados en el plano negativo y debían ser reprimidos o en el mejor de los casos, controlados. En la modernidad los sentimientos se ven enfrentados a una nueva contradicción: sentimiento y razón. Fue Kant el que da una formulación teórica a esta confrontación aceptando la teoría del reduccionismo egoístico en relación con los sentimientos y los confronta con la razón pura.

Posteriormente, en la segunda mitad del siglo XIX aparece la psicología como una disciplina aparte de la filosofía y el sentimiento se plantea como un hecho empírico que queda completamente abstraído de la moralidad. Max Weber y Freud aceptan como un hecho la dicotomía entre conocimiento y emoción asumida por la psicología positivista del siglo XX. La pregunta principal de la teoría del siglo XX sobre los sentimientos tiene que ver con la relación sentimiento y pensamiento, sentimiento y racionalidad. Y en este sentido, la ciencia psicológica tendrá diversos exponentes que desde sus respectivos estudios y aproximaciones, trataran de definir, caracterizar y clasificar las emociones y los sentimientos partiendo de múltiples paradigmas teóricos.

A continuación se realizará un recuento histórico acerca de la evolución conceptual de los sentimientos y las emociones.

### *3.1.1. teorías filosóficas clásicas*

#### - Teoría aristotélica

La tesis aristotélica sobre la emoción es compleja, pues trata de analizar este fenómeno desde un doble punto de vista: práctico y teórico.

La perspectiva práctica aparece sobre todo en "La Retórica" (335-322 a. de C.). En esta obra, se estudia la emoción en relación con el arte de convencer. A través de los elementos del discurso, el orador intenta conmover el ánimo del público suscitando en él, los estados de ánimo más apropiados para convencerle de la verosimilitud de lo que se dice o para moverlo a una determinada acción [Retórica, II, 1, 1377b 20-24]. El objetivo retórico y político que tienen las emociones en este tratado, es la causa de que Aristóteles se preocupe más

de cuál es su origen y de cómo se las puede suscitar que de su misma esencia. Mediante un método doble, de introspección y experiencia exterior, Aristóteles descubre una multiplicidad de *pathe* o pasiones, el miedo, la ira, la tristeza..., que poseen en común tres elementos: el estado anímico o disposición a que conduce la pasión, el objeto o realidad natural o sobrenatural, verdadera o imaginaria, ante la cual se experimenta una emoción particular, y el motivo o causa de por qué se la siente ante aquel objeto.

Según Aristóteles, la presencia de un objeto y de un motivo sirve para distinguir la emoción de las sensaciones físicas, como el dolor de estómago o el hambre, a la vez que implica la conexión entre conocimiento y emoción. Esto se ve con claridad cuando define la emoción de la ira como «el deseo impulsivo y doloroso de venganza de un aparente insulto que se refiere a nosotros mismos o a algo nuestro, cuando este insulto es inmerecido» [Retórica, II, 2, 1378a 30-32].

El modo en que Aristóteles plantea en "La Retórica" el estudio de la emoción cobra un significado importante no sólo para esta disciplina, sino también para la ética. En efecto, la pasión no es considerada un impulso ciego ni un reflejo automático, sino un juicio humano acerca de lo que lo rodea. En el tratado "Sobre el alma" (368-348 a. de C.), Aristóteles se ocupa de nuevo de la emoción, afrontándola esta vez en una perspectiva teórica. El punto de partida es la diferencia entre sensación, o acto de registrar cognoscitivamente un dato procedente del exterior, y sentimiento o acto por el cual lo que es dado en la sensibilidad se refiere a la situación orgánica. Ambos fenómenos comparten el estar relacionados con el conocimiento, pero de forma distinta: la sensación es conocimiento; el sentimiento sólo indirectamente, en cuanto procede del deseo (De Anima, III, 13, 425-435). Lo que se

conoce se desea y lo que se desea se siente como benéfico para el propio organismo. De ahí que los sentimientos fundamentales sean dos: placer y dolor.

El problema se complica, sin embargo, porque en Aristóteles no existe un único deseo, sino tres: el deseo de placer o *epithymia*, el de lucha o *thymos*, y el racional o *boulesis*, dando lugar así, además del placer, a dos sentimientos fundamentales: la ira y la vergüenza. Cada uno de los cuales supone una perspectiva temporal diferente: el placer se refiere al presente inmediato; la ira, al futuro, y la vergüenza, a la atemporalidad de la razón (Malo, 2004)

#### - Teoría tomista

La teoría tomista de las pasiones, aunque se sitúa dentro de la tradición aristotélica, introduce algunas novedades. La más destacada es la inserción de un nuevo sentido interno, la estimativa en los animales y la cogitativa en el hombre, que permite explicar la existencia de juicios sobre lo particular. Aristóteles notó ya que en la pasión hay una valoración positiva o negativa del objeto y que ésta no es puramente intelectual, pues también en los animales se da; sin embargo no se ocupó de determinar el origen de ese juicio. Santo Tomás, en cambio, siguiendo en esto a Avicena, descubre como característica del juicio pasional el ser una valoración de lo particular en tanto que conveniente o inconveniente. Por tratarse de un juicio, no puede entenderse a partir sólo de la sensibilidad; por verter sobre lo particular, no puede explicarse a partir de la sola razón. De ahí que el "Aquinata" (1259-1268, citado en Malo, 2004), establezca la existencia de un sentido, la cogitativa, capaz de servir de puente entre la sensibilidad y la razón.

El deseo, que en Tomás se llama apetito, sigue teniendo, de todas formas, un papel decisivo, pues pone en marcha el proceso de la acción [S. Th., I, q. 80, a. 1, c]. En efecto, el apetito, movido por el objeto que se juzga como conveniente, tiende a unirse con él. Ahora bien, mientras que el apetito natural es sólo uno (depende del mismo ser que se posee), el apetito que se origina a partir del conocimiento o apetito elícito es doble, sensible e inteligible, en razón del bien percibido.

La activación de los apetitos, además de producir cambios fisiológicos (en el apetito inteligible no se dan), es sentido por el sujeto como pasión. La definición tomista de pasión como el apetito sentido se halla próxima a la tesis de "Sobre el alma", que hace derivar la pasión directamente del deseo.

Frente a las tres pasiones aristotélicas, el "Aquinata" establece una clasificación de once: el amor, el deseo, el deleite o gozo, el odio, la aversión y la tristeza. Las cinco restantes, correspondientes al irascible, proceden del bien arduo o difícil de alcanzar. Ante ese bien todavía sin obtener se siente esperanza si se considera posible, y desesperación si se considera imposible; cuando, en lugar de un bien, se trata de un mal, las pasiones son el temor, si se juzga imposible de vencer, o la audacia si se considera vencible. Por último, ante el mal presente, se siente la pasión de la ira. Según Santo Tomás, no existen pasiones propias del apetito inteligible; así pues el bien inteligible podrá ser amado, deseado y gozado. [S.Th., I-II, qq. 24-47].

En definitiva, Santo Tomás establece como pasiones o sentimientos el amor, el deseo, el gozo, el odio, la aversión, la tristeza, la esperanza, la desesperación, el temor, la audacia y la ira.

### 3.1.2 teorías filosóficas modernas

La posibilidad de explicar la emoción proviene también de las teorías fenomenológicas. Antes de comenzar a hablar de esta importante corriente, es necesario establecer qué se entiende aquí como teoría fenomenológica. Con este término no se hace referencia sólo a las tesis de la fenomenología de Husserl y de sus seguidores, sino también a todas aquellas teorías que consideran la afectividad como un fenómeno de conciencia.

#### - *el precedente cartesiano*

Puede considerarse a Descartes en "Las pasiones del alma" (1649, citado en Malo, 2004) como al precursor de esta tesis. El filósofo francés juzga la emoción como un sentimiento subjetivo concomitante a los procesos fisiológicos y al comportamiento: el hombre se percata del estado de su organismo y del comportamiento que seguirá y, a través de ese conocimiento, puede elegir entre seguir el impulso de los espíritus animales u oponerse a él. Aquí radica el punto de contacto entre la teoría de Descartes y la cognitivista, pues ambas consideran la emoción como un modo de conocer, pero se diferencian porque, según la teoría cartesiana, no se trata de un conocimiento de nuestra relación con el mundo ni de una inclinación tendencial, sino de un sentimiento subjetivo concomitante. Por ejemplo, el miedo es el sentimiento concomitante al estado en que se encuentra el organismo en preparación para la fuga.

Descartes afirma que en la emoción se produce una relación entre las modificaciones fisiológicas-emoción-conducta que no existe en los demás objetos de conciencia.



El descubrimiento de emociones puras, como el amor, el odio, la alegría, la tristeza, que no tienen un origen corporal, es la causa de que Descartes introduzca otro elemento en su teoría de las emociones: la valoración racional. Así, se ve obligado a desdoblar cada pasión en una emoción pura, sentimiento del alma sin estado fisiológico, y una emoción o sentimiento del alma que acompaña a algunos cambios corporales.

- *la fenomenología*

Con la filosofía fenomenológica en sentido propio, se llega a conclusiones más interesantes. Se concibe la emoción como un fenómeno de conciencia distinto de los actos de pensamiento: la emoción, en contra de Descartes, no es una idea o un objeto de pensamiento, ya que no corresponde al logos, sino que es anterior y, por consiguiente, preracional. La emoción no es tampoco, en contra de los psicoanalistas, el aspecto consciente de los instintos biológicos ni puede reducirse al sentimiento de placer o desagrado.

M. Scheler (1954, citado en Malo, 2004), es el primero que sugiere que las emociones son percepciones de valores que corresponden al mundo humano, en relación a la vida (placer), las relaciones sociales (simpatía), la religión (temblor), entre otras.

P. Ricoeur (1960) en el ensayo "Filosofía de la voluntad", sistematiza el pensamiento de la fenomenología acerca de la emoción. Acepta la tesis de Husserl, para quien el sentimiento es intencional pues siempre se siente «algo», pero, frente al padre de la Fenomenología que no establece ningún límite a la noematización, P. Ricoeur indica la peculiaridad de la intencionalidad del sentimiento: "por una parte designa las cualidades sentidas en relación a cosas, en relación a

personas, en relación al mundo, por otra parte manifiesta, revela el modo en que el yo está afectado íntimamente" (Ricoeur, 1960 p. 100). En la misma vivencia conviven, pues, una intención y una afección, una vivencia trascendente y la revelación de una intimidad.

Ricoeur concibe la afectividad como mediación entre el bios y el logos. La emoción no es, pues, ni puramente biológica ni puramente racional, sino que participa de ambos niveles. Por estar ligada al bios, la afectividad cuenta con un deseo vital (o epithymia) y por estar ligada al logos, cuenta con el amor intelectual (o eros). Entre esos dos deseos existe una desproporción original que hace vano cualquier intento de clasificar los afectos a partir de un número reducido de pasiones simples, ya que las pasiones no pueden reconducirse nunca a la unidad. Esta dualidad de deseos se refleja, sobre todo, en la dualidad de placer y felicidad: el placer perfecciona actos o procesos aislados y parciales, mientras que la felicidad perfecciona un proyecto existencial, en esa medida la felicidad es más perfecta que el placer. La tesis de Ricoeur, no es tan contraria a la de Santo Tomás como en un primer momento puede parecer, pues el "Aquinata" habla de dos tipos de apetitos: el sensible y el inteligible, semejantes a los dos deseos indicados por Ricoeur. A pesar de ello, hay una diferencia esencial entre los dos autores: Santo Tomás ve una relación estrecha entre los dos apetitos pues ambos dependen del conocimiento, mientras que Ricoeur sostiene que se trata de una dualidad originaria.

Un enfoque fenomenológico postmoderno de la afectividad puede encontrarse en la amplia producción de Rorty sobre este tema, que va desde 1980 ("Explicar la emoción") hasta el 2003 ("Ya basta con las teorías de la emoción", citado en Malo,

2004). En estas obras, además de estudiar algunas emociones como los celos, propone un acceso fragmentario y pluralista que tenga en cuenta las múltiples dimensiones del escenario emocional: psicológico, social y político.

La principal objeción contra la tesis cartesiana y en general contra la psicología que se funda en el análisis de los fenómenos de conciencia, ha sido realizada por Wittgenstein, (1991), quien niega la posibilidad misma de análisis de nuestra experiencia interior. Según Wittgenstein, el error de estos autores deriva de la tesis racionalista y empirista, según la cual para sentir algún tipo de evento mental es necesario un sentido interno, semejante a los sentidos externos. El error consiste en establecer una simetría entre hechos que se conocen y verifican a través de los sentidos externos y fenómenos de conciencia como eventos, procesos, estados de ánimo, entre otros. Wittgenstein opina que no existen hechos de conciencia, pues, mientras que los hechos pueden expresarse mediante el lenguaje, los eventos mentales son inefables y, por tanto, incommunicables.

La tesis de Wittgenstein no corresponde, sin embargo, a la experiencia que todos pueden tener. Es verdad que las vivencias no son como los hechos exteriores, perfectamente objetivables, expresables y comunicables, ni que la observación de algo exterior es igual a la experiencia interior, pero esto no impide ni el conocimiento de las vivencias ni cierta comunicación de las mismas. Por ejemplo, la alegría se experimenta como luminosidad interior y, a la vez, como falta de peso y tensión.

La actitud cartesiana no debe rechazarse del todo, pues la emoción se conoce también por medio de nuestras vivencias. Lo que, en cambio, no debe aceptarse es considerar la emoción como un objeto de pensamiento.

### 3.1.3. teorías psíquicas

Si la clave para interpretar las diferentes teorías de la afectividad es siempre la visión del hombre que en ellas subyace, con mayor motivo lo es para interpretar aquellas teorías que la explican a partir de la psique. En efecto, la pregunta sobre el hombre (¿qué o quién es el hombre?) ocupa en ellas una posición central: unas veces, para subrayar la diferencia esencial entre el hombre y los demás seres; otras, para mostrar la continuidad entre los entes inferiores y la persona humana.

El psicoanálisis y el conductismo, aunque distintos en lo referente a la concepción de la psique y a los métodos para estudiarla, coinciden en considerar al hombre como un animal más, si bien muy evolucionado.

#### - *el psicoanálisis*

Con el psicoanálisis, se introducen en el estudio de la emoción las ideas fisiológicas y psicológicas de la modernidad. La hipótesis de Freud (Freud, 1915) conecta la tesis fisiológica cartesiana (la emoción es la percepción de los cambios fisiológicos y movimientos corporales) con la tesis de Hume sobre el papel decisivo que el placer desempeña en la formación del psiquismo, pero lo hace de una forma completamente nueva. Freud acepta, siguiendo a Hume, que la emoción no es un evento mental o primera impresión, sino una impresión secundaria o impresión de reflexión. La diferencia entre Freud y Hume consiste en lo siguiente: según el padre del psicoanálisis esta impresión secundaria no deriva de ninguna impresión original ni directamente ni siquiera mediante la

interposición de una idea, pues la causa de la emoción no tiene nada que ver ni con la conciencia ni con el pensamiento.

La distinción entre la causa de la emoción y la emoción misma resuelve aparentemente el problema cartesiano de la oscuridad y confusión presentes en la emoción. En efecto, según Freud, la emoción, en cuanto que fenómeno de conciencia, es clara, pero se trata de una claridad engañosa que esconde la oscuridad y confusión de su origen. La fuente de la emoción, como también de los demás fenómenos de conciencia, es el Ello. El Ello, cuya materia prima es la libido o pulsión instintiva más impersonal y antigua, sirve de fundamento a las otras dos partes de la psique: el Yo, constituido por el pensamiento y el juicio, es la parte del Ello modificada por el influjo del mundo exterior, y el Super-Yo, constituido por la interiorización de las primeras relaciones parentales, es la parte que reprime los instintos censurándolos o sublimándolos.

Según Freud, la emoción contiene dos elementos distintos: por un lado, las descargas de energía física; por otro lado, ciertos sentimientos (percepciones de las acciones motrices que se producen y sentimientos de placer o desagrado que dan a la emoción sus características esenciales). La unión de estos dos aspectos nace de la repetición de una experiencia particular que debe colocarse en la prehistoria, no del individuo, sino de la especie. La experiencia original que se encuentra en la base de la afectividad es el deseo sexual de la infancia que permanece reprimido e inconsciente. El objeto o la persona que produce la emoción debe ser relacionada con este deseo. Cuando la energía instintiva que reside en el subconsciente es alta, hay necesidad de descargarla hasta conducirla a un nivel normal. Si la descarga no se produce a través de los canales apropiados (la conducta sexual), se usan entonces las válvulas

de seguridad, es decir, las emociones. El afecto es considerado así como un signo de la energía instintiva primigenia (Malo, A. 2004)

- *el conductismo.*

Otra teoría psíquica de la emoción es la elaborada por los conductistas. El precursor es W. James (1890, citado en Malo, 2004), quien critica las entidades psíquicas de las emociones cartesianas. En su opinión, las emociones son un puro resultado de algunos cambios fisiológicos; por eso sostiene, que estamos tristes porque lloramos, y no al revés; es decir, no lloramos porque estemos tristes. Ciertamente, el llanto está causado, a su vez, por la percepción de un objeto que hace llorar, pero esta percepción, según este autor, no forma parte de la emoción, sino que la precede. El elemento cognoscitivo no pertenece a la esencia de la emoción y, por consiguiente, no sirve para establecer alguna diferencia entre las emociones. Para distinguir las, es suficiente, según James, analizar y medir cuantitativamente los cambios fisiológicos observables.

Las ideas de James fueron desarrolladas y corregidas por la psicología conductista. Según J. B. Watson, (Watson, 1913), el padre del conductismo, una emoción es un patrón de reacción heredado que contiene profundos cambios en los mecanismos corporales, sobre todo en sistema límbico. Este patrón de reacción se modifica muy pronto, por eso en los adultos es difícil distinguir una emoción de otra o una emoción de un sentimiento no emotivo. El miedo, la rabia, el amor (este último entendido en sentido freudiano de libido) constituyen los tres tipos de modificación que se producen en el niño; y de estos tres, solo el miedo y la rabia son emociones. Puesto que

la emoción consiste en una simple reacción, lo que causa la emoción es, según Watson, la situación.

B. F. Skinner, (Skinner, 1961) el más conocido exponente del conductismo, se da cuenta de la insuficiencia de la tesis de Watson. Aunque acepta que el comportamiento se funda en dos factores, la fisiología y el estímulo externo o ambiente, no considera los cambios fisiológicos como esencia de la emoción, sino que ésta es un determinado tipo de comportamiento, concretamente el operante o comportamiento que produce el resultado deseado y, por eso, tiende a repetirse, como el del ratón encerrado en una jaula que ha sido condicionado a bajar una pequeña barra cada vez que está hambriento. Las predisposiciones para actuar de un modo determinado son, pues, las que definen una emoción específica: un hombre airado golpea la mesa, da un portazo..., porque su comportamiento busca obtener los resultados deseados por una persona que se considera ofendida.

J.P. Scott, (Scott, 1980), otro conductista actual, estudia la emoción de acuerdo con las actuales teorías de sistemas. En un artículo muy discutido, expone la función de las emociones en los sistemas de comportamiento. Las conclusiones a las que llega son las siguientes:

- Las emociones son aspectos de relaciones complejas que se establecen entre los sistemas del organismo: de ingestión, protector-buscador, investigativo, sexual, epimelético (cuidado de los cachorros de la propia especie), et-epimelético (de expresión de ayuda y atención), agonista, allelomimético (de imitación) y eliminativo (de secreción).

- Hay un número pequeño de emociones, cuyas funciones varía de acuerdo con el nivel de organización del sistema en que aparecen: algunas emociones al principio se encuentran conectadas al mantenimiento de la estabilidad interna o homeostasis (como el hambre, la sed, la respiración, la ternura, la cólera, la ansiedad); otras emociones, como la agonista y sexual, contribuyen fuertemente a fortalecer las relaciones sociales.
- Ninguna emoción puede ser usada como modelo de las demás, ya que cada una tiene una función diferente según el sistema al que pertenecen; así el amor de los padres a los hijos pequeños es diferente del amor sexual, pues el primero depende del sistema epimelético, mientras que el segundo corresponde al sistema sexual.
- Todas las emociones tienen dos funciones en los sistemas orgánicos: mantener el comportamiento durante largos periodos para que la adaptación se produzca y reforzar el comportamiento de modo positivo o negativo, contribuyendo así al aprendizaje de las respuestas necesarias para la supervivencia de la especie y del individuo (Malo, A. 2004)

Si bien A. Damasio (Damasio, 1999) no puede considerarse un conductista, sin embargo acepta dos elementos de esta tesis: en primer lugar, la dependencia completa de los afectos del pasado; en segundo lugar, la imposibilidad de establecer una distinción clara entre sensación y emoción. Damasio, experto en neurociencias, llega a estas conclusiones tras haber estudiado las emociones desde el punto de vista cerebral. Ser capaz de



emociones equivale, para él, a poseer un cerebro capaz de conservar el pasado del cuerpo y de poder formular hipótesis, tanto respecto al sistema autónomo como voluntario, en términos de "marcadores somáticos". De este modo, Damasio resuelve uno de los problemas del conductismo: la relación entre mundo interior y exterior. Al revés que los conductistas, Damasio no niega la existencia de un mundo interior; sólo que éste queda reducido al ámbito del cerebro.

#### 3.1.4. teorías cognitivistas

La teoría cognitiva de la emoción tuvo numerosos seguidores en el siglo pasado, sobre todo, en la filosofía y psicología inglesas. Si bien este cognitivismo presenta en común con el clásico la importancia conferida al papel de la valoración, se distingue de él por estar influido por algunas teorías modernas psíquicas, en especial el psicoanálisis y el conductismo.

En 1914, Shand publicó un ensayo, hoy clásico, titulado "Los fundamentos del carácter", en el que, para explicar la emoción, proponía la teoría del impulso o la teoría de la motivación. La tesis de Shand, que toma pie de la concepción psicoanalítica de los instintos innatos y de algunas intuiciones contenidas en la obra de McDougall "Una introducción a la psicología social" (1908, citado en Malo, 2004) fue conocida como la teoría de Shand-McDougall. Estos dos autores consideran que, para que pueda hablarse de emoción, se necesitan dos series de elementos. La primera está constituida por los impulsos innatos y por el sentimiento; este último proporciona cierto conocimiento, si bien vago, de la actitud de la persona frente al objeto de la emoción. La segunda está

formada por la totalidad de opiniones y valoraciones acerca del objeto de la emoción.

Posteriormente, la tesis cognitiva de las emociones alcanza una elaboración ejemplar en el libro de M. Arnold, "Emoción y personalidad" (1960). La autora enlaza con la teoría clásica de Aristóteles y, sobre todo, de Santo Tomás: la emoción incluye no sólo una valoración sobre cómo esta cosa o aquella persona influyen en mí, sino también un impulso definido a favor o en contra de esa cosa o persona. La valoración, según esta psicóloga, no es igual que la percepción del objeto o la percepción de la situación, sino que procede de esta última completándola, en cuanto que través del juicio positivo o negativo se posibilita el acercamiento o la fuga del sujeto. El proceso de la emoción presenta así el siguiente esquema: la valoración espontánea de la situación da inicio a una acción que se siente como emoción; los cambios físicos pueden a su vez conducir al sujeto a través de los deseos que experimenta a actuar tanto de acuerdo con la situación como con la emoción. Para esta autora la emoción se divide en positivas y negativas.

Años después, en el ensayo "Acción, emoción y voluntad" (Kenny, 1963), adopta un método distinto del usado por otros exponentes del cognitivismo moderno. Para determinar qué es una emoción, Kenny establece el conjunto de condiciones mediante el cual es posible entender su significado. Tras analizar los contextos lingüísticos en que puede expresarse una emoción como el miedo, concluye que la emoción está constituida por tres elementos:

- Por las circunstancias que provocan el miedo: la visión de un león devorador de hombres que avanza hacia nosotros rugiendo.
- Por los síntomas del miedo (descripción puramente física): temblar, palidecer, notar palpitaciones, entre otros.
- Por la acción que se considerada causada por el miedo (explicada simplemente con los términos de la intención): el deseo de huir.

En la década de los 70, la tesis de R.S. Peters, expuesta en un conocido artículo titulado "La educación de las emociones" (1970), trata de resolver el problema de las emociones que no terminan en un acto. En su opinión, el aspecto central del concepto de emoción es el ser conciencia de un tipo de valoración: sentir miedo es considerar una situación como peligrosa. Para identificar la emoción de alguien es necesario conocer o adivinar cómo este valora el objeto; sin embargo, la valoración sola no sirve para definir completamente la esencia de la emoción pues también los motivos dependen de una valoración y, por consiguiente, no sería posible distinguir entre emoción y motivo, lo cual, según Peters, es falso. La diferencia entre motivo y emoción consiste en lo siguiente: el motivo es el término usado para conectar la valoración con lo que hacemos; la emoción, en cambio, para conectar la valoración con lo que nos sucede. La emoción es, entonces, pasiva: no existe ninguna conexión lógica entre emoción y acción. Sin embargo, negar este tipo de conexión no significa rechazarla de plano. En definitiva, la acción o la tendencia a la acción, aunque no pertenezca al concepto de emoción, pueden estar unidas a ella.

En la década de los 80, en el ensayo titulado "Emoción", W. Lyons (1980), después de criticar las principales corrientes sobre la emoción, expone la que él llama teoría causal-valorativa en varias proposiciones:

- El concepto de emoción como estado emocional actual implica la referencia a una valoración que causa cambios fisiológicos anormales en el sujeto. La emoción es real.
- La diferencia entre las emociones deriva de su contenido valorativo: el comportamiento, la expresión del rostro, los gestos, las palabras, son sólo indicios, pero lo que permite conocer la emoción es saber la valoración de la situación que realiza el sujeto mediante determinada conducta.
- El concepto de algunos estados emocionales particulares puede incluir tanto el deseo como la valoración y los cambios fisiológicos. Por ejemplo, la emoción amorosa y el miedo incluyen respectivamente el deseo de acercarse o de huir.
- Que la valoración sea algo central en la emoción no significa, sin embargo, que las emociones sean intangibles y no-objetivas.

En las últimas décadas del siglo XX, a la teoría cognitiva de las emociones han contribuido de forma decisiva los estudios en el ámbito de las ciencias experimentales, sobre todo de la neurología y la inteligencia artificial. Uno de los científicos que han impulsado este tipo de estudios es M.

Minsky (1988). El punto de partida de la tesis de Minsky, autoridad en el campo de la inteligencia artificial, es la pregunta acerca de la posibilidad de construir máquinas inteligentes sin que experimenten emociones. Según él, estar privado de emociones o de intereses es lo mismo que estar orientado implacablemente a una única causa; ambas cosas son, a su parecer, sinónimo no solo de ausencia de humanidad, sino también de cierta estupidez.

Así, para Minsky, la emoción no sólo no es contraria a la razón, sino que es inseparable de ésta. Los primeros signos emotivos de los niños, como sucede con los animales, indican claramente sus necesidades. Los más importantes son los de sed, hambre, calor, defensa. La satisfacción de estas necesidades implica que, tanto el niño como el animal, poseen una pluralidad de fines.

Otro exponente actual del cognitivismo, a pesar de sus críticas, es M. Nussbaum (2001) Su teoría podría denominarse cognitiva-valorativa. Aunque rechaza que las emociones puedan agotarse en un conocimiento expresable mediante formas proposicionales, descubre en ellas un tipo especial de conocimiento. En su opinión, el significado de las emociones se capta completamente sólo a través del arte, en particular de la literatura, en la que se da una unión casi perfecta de contenido y forma que permite expresar los mensajes más complejos. Su aprecio por la literatura depende del tipo de conocimiento que esta nos transmite, el cual no es sólo cognitivo sino también afectivo. Según Nussbaum, este tipo de conocimiento es el fundamento de la moral, por lo que las emociones desempeñan un papel fundamental en la vida de las personas.

A manera de conclusión, la historia filosófica de la emoción puede interpretarse como la búsqueda de una respuesta a la pregunta acerca de su objetividad y significado en la vida humana. Además de ser central en el ámbito teórico, sobre todo en el campo de la teoría del conocimiento y de la antropología, la cuestión comporta consecuencias decisivas en la práctica, pues la negación de la objetividad de la emoción equivale a encerrarla en el ámbito de la subjetividad y, por consiguiente, hacer imposible su comunicación (la emoción sería así algo inefable), su racionalización (la emoción sería solo intuida) y su educación (el único control posible de la razón sobre la emoción sería despótico). Por otro lado, afirmar su objetividad presenta menos problemas, pero no corresponde a la experiencia que poseemos de la emoción, según la cual nos damos cuenta de que esta no es perfectamente comunicable ni puede ser objetivada ni completamente controlada.

Por su parte, el cognitivismo moderno, bajo la influencia del psicoanálisis y del conductismo, subraya otros elementos presentes en la emoción: el impulso, el deseo, el sentimiento y la acción. La emoción aparece así como una realidad compleja en la que hay interioridad (impulso, cambios fisiológicos, sentimiento, valoración u opinión) y exterioridad (realidad, evento o acción ante la cual esta se experimenta, manifestaciones exteriores de los cambios fisiológicos, gestos y acciones).

Por lo tanto, para acceder a la emoción tenemos una vía doble: la experiencia interior que permite el análisis de la valoración y el sentimiento, y la experiencia exterior que permite observar sus manifestaciones. Cada una de estas dos experiencias, a pesar de su utilidad, no sirve por sí sola para

conocer la emoción ni explicarla, como se ve, por ejemplo, en nuestra comprensión de la alegría, que parte siempre del sentimiento de alegría que alguna vez hemos experimentado. La conexión entre el aspecto interior y exterior aparece, pues, como algo necesario en la constitución de la emoción y en su comprensión.

Por eso, la afectividad contribuye de forma decisiva para determinar los fines y las prioridades de la propia vida, desempeñando así un papel clave en las relaciones interpersonales. De ahí su función indispensable en la educación del carácter y en la vida moral.

*3.2. Enfoques y caracterizaciones de las emociones y los sentimientos desde disciplinas como la psiquiatría y la antropología.*

Además de la filosofía y la psicología, otras ciencias y disciplinas como la psiquiatría y la antropología, han estudiado las emociones y sentimientos y su relación con los seres humanos

*3.2.1. las emociones y los sentimientos desde la psiquiatría: psicopatología de la afectividad.*

Tanto para Platón como para Aristóteles los afectos (denominados "pasiones" genéricamente) ocuparon una posición muy accesoria en la consideración del ser humano. La razón era la característica humana por excelencia, mientras que la afectividad era tenida como sinónimo de caos, perturbación y desorden. De este modo, dos importantes elementos, "las pasiones" y "la subjetividad" fueron admitiéndose en el

terreno de la enfermedad mental en forma de síntomas, causas y tratamientos. Desde el período grecorromano, la irracionalidad y los trastornos manifiestos de comportamiento eran los dos criterios más utilizados para identificar la locura. En el siglo XVIII, el concepto de enfermedad mental era todavía de marcado carácter intelectualista. Así, la melancolía era una combinación de irracionalidad (trastorno de la razón) y reducción del repertorio de comportamientos. En el lenguaje popular, el término melancolía tenía ya un significado afectivo de tristeza y nostalgia, mientras que en el lenguaje técnico se mantenía como un trastorno de la razón (delirio).

En la segunda mitad del siglo XIX hubo varias contribuciones importantes en el estudio de los afectos (Bulbena, 1991). La obra de Charles Darwin (1872, citado en Bulbena, 1991), aunque resaltó más la expresión de las emociones que su experiencia subjetiva, enfatizó la idea de que el hombre comparte con los animales algunos aspectos de la vida afectiva y también la observación de que las emociones forman parte de programas de conducta estereotipados. Charles Darwin observó como los animales (especialmente en los primates) tenían un extenso repertorio de emociones y que esta manera de expresar las emociones tenía una función social, pues colaboraban en la supervivencia de la especie y cumpliendo una función adaptativa. Darwin definió seis categorías básicas de emociones: miedo (anticipación de una amenaza o peligro que produce ansiedad, incertidumbre, inseguridad), sorpresa (sobresalto, asombro, desconcierto; es transitoria y puede dar una aproximación cognitiva para saber que pasa), aversión (disgusto, asco) ira (rabia, enojo, resentimiento, furia, irritabilidad), alegría (diversión, euforia, gratificación, bienestar), tristeza (pena, soledad, pesimismo) (Darwin, 1872)



El panorama psicopatológico de la afectividad en este siglo estaba configurado por corrientes reduccionistas (por ejemplo psicofisiológicas) y macroconceptuales (por ejemplo el psicoanálisis).

Los trastornos psicopatológicos de la afectividad aparecen unas veces bajo nombres genéricos como trastornos del humor o de las emociones, mientras otras veces se estudian directamente a través de los síntomas como la ansiedad, depresión, manía, distimia, entre otros.

En la actualidad, la afectividad está definida como "el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata (subjetividad) que influyen en toda su personalidad y conducta (trascendencia), y que por lo general se distribuyen en términos duales como placer - dolor, alegría - tristeza, agradable - desagradable, atracción - repulsión, entre otros. Estas cuatro características constituyen los elementos esenciales para el estudio de la afectividad:

- La subjetividad es un componente esencial de los afectos; toda experiencia afectiva e íntima es personal y directa para el individuo y, por lo tanto, no es algo observable por los demás. Lo que sí puede ser observable son las manifestaciones de esas experiencias, lo que el individuo expresa y comunica.
- La trascendencia es la difusión recíproca que ejercen los afectos sobre otras dimensiones de la personalidad del individuo y sobre la orientación de su conducta. En relación a otras funciones, es sabido que la memoria incorpora elementos afectivos tanto en el registro como en la

reproducción de los engramas; la percepción aparece cada vez más estrechamente ligada a la afectividad en los modelos cognitivos y neuropsicológicos de las emociones; en la corporal, tanto en los aspectos viscerales como motores, estados de ansiedad y la depresión repercuten en diversas funciones como la digestiva, la circulatoria, la alimentaria y el sueño.

- La comunicatividad es la influencia y participación de los afectos en la comunicación entre el individuo y el medio.
- La polaridad es la variedad cualitativa en que se manifiestan los afectos del individuo. Existen diferentes ejes, entre cuyos extremos aparece un margen de estados y tendencias que va desde la máxima intensidad en un sentido hasta la máxima intensidad en el otro.

Ahora bien, la dificultad en definir la afectividad y la disparidad de criterios imperantes, reaparece lógicamente al tratar de establecer su clasificación. La psicopatología y la psiquiatría proponen la división de la afectividad en emociones y humor o estado de ánimo, cuya validez no es ni mucho menos absoluta (Bulbena, 1991).

- Emociones: son afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (externa o interna) o representación y tienen abundante correlación somática. Suelen ser poco duraderos, si bien hay notables excepciones. En las emociones el estímulo puede ser real, imaginario o simbólico, o simplemente desconocido, como ocurre con frecuencia en las crisis de angustia. El miedo, la cólera y

la angustia son ejemplos de emociones. Las manifestaciones fisiológicas son variadas: reacciones vasomotoras (rubor facial, palidez), intestinales (diarrea), circulatorias (taquicardia, cambios tensionales), respiratorias (taquipnea, disnea). En las emociones se produce un desequilibrio psíquico y somático que actúa como estimulante para movilizar los mecanismos de adaptación del individuo frente al desencadenante. Pero la reacción del individuo no solo depende del agente que lo provoca, sino también de su propia reactividad; si bien a veces la reacción favorecerá la conducta adaptativa, en otras su desproporción cuantitativa y cualitativa puede desorganizar el comportamiento del sujeto.

En el fenómeno de la emoción cabe distinguir diferentes aspectos en cierto modo independientes: el estímulo, la reacción psico-fisiológica, el componente cognitivo y el contexto. A veces el estímulo es identificable como ocurre en muchas fobias, mientras que otras veces no como ocurre en la angustia. La reacción psico-fisiológica puede tener mayor o menor duración o intensidad. El componente cognitivo puede consistir en atribuciones a sí mismo, al medio, interpretaciones dinámicas, mecanismos de defensa, etc. El contexto puede ser relacional, personal o situacional y finalmente, la conducta puede ser de lucha, de huida, de paralización.

- Humor o estado de ánimo: es un tipo de afecto de instauración más lenta y progresiva que las emociones y surge en general de forma cíclica, pero también ciertos estímulos externos (ya sean psicológicos u orgánicos) pueden influir en su aparición y duración. Los estados de ánimo más típicos son los que oscilan en el eje alegría - tristeza,

pero también cabe incluir la irritabilidad, la calidez, el vigor, entre otros. Así como la emoción constituye una respuesta transitoria del individuo, el humor corresponde a una predisposición o marco de sensibilidad emocional. En la emoción frecuentemente existe un factor o situación desencadenante, pero es más difícil hallar el motivo de un cambio de humor, aunque a veces es muy claro, como por ejemplo en la tristeza, desencadenada por una experiencia de duelo. Su componente somático no sigue en general el mismo patrón vegetativo de las emociones, afectando en cambio, funciones como el sueño, la alimentación y las secreciones hormonales.

Las emociones y el humor comparten un aspecto de interés psicopatológico; cuando surge uno u otro afecto, especialmente si el estímulo desencadenante no es evidente, se produce en el individuo una elaboración cognitiva para explicar lo que le está ocurriendo. Esto es tanto más intenso cuanto más negativa sea la sensación. Cuando esta es de carácter positivo, el sujeto a menudo se contenta simplemente con ella y no se preocupa de buscarle explicación. Esto dio pie a algunos teóricos para clasificar los afectos como: afectos agradables y afectos desagradables (Bulbena, 1991).

La diferenciación entre emociones y humor resulta útil para establecer una ordenación global de los afectos, si bien es posible que algunas características de ambos aparezcan a veces entremezcladas.

### 3.2.2. *las emociones y los sentimientos en la antropología: una mirada desde Agnes Heller*

Agnes Heller nació en Bulgaria (Hungría) el 12 de mayo de 1929, y se ha considerado la filósofa de mayor tradición marxista de la época. En 1979 escribe su obra "La teoría de los sentimientos" en el cual ofrece desde una mirada antropológica, una taxonomía de los sentimientos clasificándolos en "tipos de sentimientos", a diferencia de otras clasificaciones basadas en el análisis lingüístico, (lenguaje coloquial), la diferenciación entre sentimientos simples y complejos (Wundt), sentimientos defensivos y activos (Freud), sentimientos sensuales, sentimientos impulsivos, sentimientos instintivos y sentimientos asociativos, división dada desde la función antropológica de los sentimientos (Kart Leonhard, citado en Heller, 1989)

Agnes Heller (1989) clasifica los sentimientos desde un punto de vista antropológico, considerando lo que es la esencia del hombre. Y como partes constitutivas de la esencia del hombre, acepta la posición de Marx, según la cual el carácter social, el trabajo, la libertad, la conciencia, la universalidad, constituyen la esencia del mismo. En su tipología, Agnes Heller avanza desde los sentimientos que pertenecen a la reproducción bio- social hasta los sentimientos de reproducción puramente social, desde los sentimientos menos cognoscitivos hasta los cognoscitivos. Partiendo de los sentimientos que pertenecen a toda la raza humana hasta llegar a los que son idiosincrásicos social e individualmente.

La clasificación que ofrece Agnes Heller de los sentimientos es: sentimientos impulsivos, afectos, sentimientos

orientativos, emociones en sentido estricto (sentimientos cognoscitivo-situacionales) y predisposiciones emocionales (Heller, 1989)

- *los sentimientos impulsivos*

Los sentimientos impulsivos son los que están contruidos sobre los impulsos como el hambre, la sed, la necesidad de aire, el sueño, el sexo, entre otros. Los impulsos son las señales del organismo que indican que "algo va mal" en este. Estas señales van dirigidas a la persona misma y no a los demás por lo que no tienen una función comunicativa. Los impulsos son indispensables para la preservación biológica de la raza y su intensidad no disminuye con el hábito. La satisfacción de un impulso no sustituye la satisfacción de otro y un impulso no puede ser reprimido por otro (por ejemplo, la fatiga no nos la quita el comer o el beber agua). Todos los impulsos son también señales de una necesidad humana y la reducción de un impulso es una necesidad vital en las personas. El cómo, en que circunstancias, de qué forma, en dónde, etc satisfacemos las necesidades indicadas por los impulsos, esos factores son siempre determinados socialmente; por ejemplo, como y que debemos comer o beber, como y donde descansar han sido determinadas históricamente de acuerdo a la época y al contexto.

El sentimiento de dolor corporal, por ejemplo, no pertenece a la familia de los impulsos pero esta relacionado con estos en la medida en que: el dolor corporal también es una señal para el organismo y va dirigido a uno mismo. Es también indispensable para la preservación de la especie y no disminuye con el hábito ni tampoco puede ser sustituido por otro impulso (el dolor corporal no puede ser canalizado ni sublimado).

También producimos para parar el dolor. Ninguna sociedad primitiva ignoró las curas para el dolor. El sentimiento de dolor (y los sentimientos de encontrarse mal, de estar enfermo) también induce para su regulación, un sistema de costumbres (existen un sinnúmero de rituales mágicos y religiosos en las diferentes culturas humanas conectados con el sentimiento de dolor). Sin embargo el sentimiento de dolor tiene como diferencia con los sentimientos impulsivos el hecho que el sentimiento de dolor es expresivo, se expresa en gritos, expresiones faciales, modulaciones de la voz. Las "señales" de dolor son comunicativas; otra diferencia tiene que ver con el hecho que el dolor al no ser una necesidad, no se satisface sino que cesa, se termina. La terminación del dolor es simplemente la no existencia de sentimiento.

Según Heller, sobre los impulsos en el ser humano, se edifican los sentimientos impulsivos, los afectos y los sentimientos orientativos, más no así las emociones.

- *los afectos*

Son el resultado de la demolición de reacciones instintivas a estímulos externos. En todo afecto se encuentra un "estímulo percutor". Cosa que no siempre ocurre en el caso de los impulsos. Una persona puede sentir hambre sin necesidad de tener un estímulo externo. En los afectos es necesaria la presencia de un estímulo externo, por ejemplo, solo se puede sentir curiosidad si algo la provoca. Según Darwin, toda expresión de afecto es un "residuo" de un acto instintivo. Por lo tanto, el afecto siempre es suscitado por un estímulo, pero es independiente del estímulo que lo suscita. Los afectos juegan un papel decisivo (en el caso del hombre) no fundamentalmente en lo biológico sino en la homeóstasis social.

Los afectos se caracterizan porque son manifiestos en expresiones faciales, en gritos, en modulaciones de la voz, en gestos. Todos los afectos son, sin excepción, comunicativos. Las expresiones de los afectos son señales para el Otro, señales cuyo significado puede ser interpretado sin necesidad de claves.

Los afectos forman parte del carácter social. Todos los afectos sin excepción pertenecen a la especie humana en general, y no son idiosincrásicos ni social ni individualmente. Los afectos no son dados por la cultura o la sociedad sino que forman parte de la naturaleza humana. Ninguna cultura desconoce la expresión de miedo o de rabia, por ejemplo.

Las expresiones de afecto no son adquiridas, sino que son espontáneas. A diferencia de los impulsos, los afectos disminuyen o al menos pueden menguar, con el hábito. Por ejemplo, con el tiempo, el miedo a algo específico puede irse disminuyendo paulatinamente y es posible disminuir intencionalmente el afecto, apartando la atención de su objeto, situación que no se da en el caso del hambre o del sueño.

Un afecto puede reprimir otro, y en esto los afectos se asemejan a las emociones. Por ejemplo, la rabia o la curiosidad pueden reprimir el miedo.

Los afectos se regulan por el sistema de normas, no por el sistema de costumbres, pero nacen con las personas. Los afectos son "contagiosos" y esta es la propiedad más peligrosa de los mismos: el miedo y la rabia, por ejemplo, se pueden contagiar en un grupo humano y esto puede ser peligroso en que puede llevar a acciones colectivas con consecuencias nefastas: una crisis de pánico colectivo. Otros afectos como el



asco o la curiosidad no son menos contagiosos pero son menos peligrosos que la rabia o el miedo.

Los afectos se asemejan a las emociones en que no son necesidades inevitables, así la alegría pura o la tristeza no son una necesidad; los afectos, característicos de toda la humanidad, nacen con la persona en la misma medida que los impulsos, en cambio, todas las emociones son aprendidas. Los sentimientos impulsivos y los afectos existirán siempre y permanecerán esencialmente idénticos a lo largo de la existencia de la humanidad. No es posible enseñarle a nadie un afecto si esa persona no tiene una experiencia previa del mismo afecto. Sólo la persona que ha sentido vergüenza sabe qué es la vergüenza.

El miedo es uno de los afectos más expresivos; la formación de miedo tiene dos fuentes: la experiencia personal y la experiencia social adquirida mediante la comunicación. El afecto miedo es provocado por un estímulo presente que puede ser un objeto del que se sabe es peligroso sino también por un objeto desconocido. La ansiedad en la medida en que se ha configurado como un "miedo a todo" se ha clasificado como una variedad del miedo.

La vergüenza es el afecto social por excelencia. Darwin distinguía entre las llamadas "culturas de la vergüenza" y las "culturas de la conciencia". En las culturas en que no ha habido tiempo de desarrollarse la moralidad, el sentimiento de vergüenza es el regulador de la moralidad. Pero donde hay moralidad, el papel regulador de la vergüenza es asumido cada vez más por los remordimientos de conciencia. La mala conciencia no es un afecto sino que se consolida como emoción.

Otros afectos son: la alegría, la tristeza, la ansiedad, la rabia, el disgusto, el asco, la curiosidad y el afecto sexual.

- *los sentimientos orientativos.*

Los sentimientos orientativos son sentimientos afirmativos o negativos respecto de cualquier aspecto de la vida, incluyendo la acción, el pensamiento, el juicio, entre otros. Los sentimientos orientativos (afirmativos o negativos) no deben confundirse con lo que usualmente llamamos "sentimientos buenos" o "sentimientos malos". La formación de sentimientos orientativos es consecuencia de la demolición completa de los instintos.

No necesitan racionalizarse. Son las objetivaciones sociales las que moldean y guían totalmente los sentimientos orientativos.

Los sentimientos orientativos pueden tener categorías de intensidad y profundidad: por ejemplo puede sentirse una fuerte antipatía o una leve atracción hacia alguien.

Los sentimientos orientativos no tienen ningún fundamento orgánico; no es posible desarrollar ningún tipo de sentimiento orientativo sin adquirir experiencia, acumular conocimiento previo. Siendo puramente adquiridos, pueden ser completamente olvidados. Sin embargo el grado de olvido es inversamente proporcional a la experiencia adquirida y a la seguridad de los sentimientos orientativos. Los sentimientos orientativos juegan un papel en todos los aspectos de la vida humana y son universales. Agnes Heller clasifica los sentimientos orientativos en:

- La acción directa, el trabajo y la actividad cotidiana.
  - En el pensar
  - En los contactos interpersonales
  - En relación con el *sensus communis*
  - De contacto: su función social es primariamente la de orientación. Nos orientan en la elección de las personas cuya proximidad o contacto pueden ser buenos para nuestra personalidad y también sobre la persona o personas a las que debemos evitar. Su fuente es la experiencia, el sistema de objetivación, los conocimientos. Los sentimientos orientativos de contacto son disposiciones sentimentales en la medida que pueden originar los acontecimientos sentimentales más heterogéneos, van siempre acompañados de un comportamiento específico. Casi siempre producen relaciones emocionales Como sentimientos orientativos de contacto tenemos el amor y el odio, la simpatía y la antipatía, la atracción y la aversión, la confianza y la desconfianza, la solidaridad y la indiferencia, la esperanza y la desesperanza. El papel de los sentimientos orientativos se incrementa con el enriquecimiento de las relaciones humanas.
- *las emociones o sentimientos cognoscitivos - situacionales*

Son idiosincrásicas desde todo punto de vista y su presencia o no en una comunidad dependen de la cultura. No todas las emociones están presentes en todas las culturas sino que algunas emociones se desarrollan en ciertas estructuras sociales y en ciertas condiciones. Por ejemplo los sentimientos de mala conciencia, devoción, la humildad, el amor a la humanidad no han existido siempre; se consideran emociones

porque no siempre han sido parte del mundo interior de las personas y han variado de acuerdo a los períodos históricos.

Las emociones no necesitan de un estímulo y pueden referirse en una persona al futuro o al pasado. No son "contagiosas" como si lo son los afectos. Por ejemplo los celos o la envidia no se contagian en una comunidad. No podemos suponer que todas las emociones que existen actualmente existan necesariamente en el futuro, ni siquiera en lo que respecta a las emociones que en alguna forma han existido en todas las culturas, o en mayor parte de ellas. No podemos decir ni de una sola de las emociones que juegue un papel necesario o indispensable en la preservación biológica de la especie o del individuo, en la reproducción social de la especie humana o en la homeóstasis social del individuo. Pero en cambio de cada una de las emociones se puede decir que han sido o siguen siendo partes orgánicas constitutivas e indispensables en el funcionamiento de algunas épocas, estratos sociales o clases. La coexistencia social sería imposible sin la existencia de emociones. Las emociones son siempre cognoscitivas y situacionales, lo que significa que no puedo reconocer una emoción sin saber e interpretar la situación. En la emoción el conocimiento forma parte del propio sentimiento, la cualidad del sentimiento experimenta un cambio cuando una persona constata lo que siente realmente.

Para reconocer una emoción es necesario conocer la situación. Por ejemplo, las emociones de duelo están orientadas al pasado, a una situación que ya sucedió y las emociones de esperanza están orientadas al futuro, ha algo que aún no ha sucedido o acontecido. El miedo dirigido al futuro o al pasado

no es un afecto sino una emoción. Por ejemplo, miedo de lo que pueda suceder en una guerra atómica a gran escala.

Las emociones de miedo pueden ser: por amenazas en el futuro, como incertidumbre a lo que pasará más adelante, como preocupación, el miedo "ideológico" (el temor a Dios), el miedo existencial (miedo a la muerte de otros o de si mismo).

También se encuentran las emociones de gozo: como consecución de un objetivo, cumplimiento de un deseo, en relación a valores elegidos personalmente (gozo por el triunfo de la justicia), gozo como alegría por la desgracia o el padecimiento de otro. El gozo puede describirse como "felicidad" pero no se equipara al afecto "alegría". Las emociones de pena como el lamento o la depresión no están construidas sobre la base del afecto "tristeza".

Ni el mundo de nuestros sentimientos impulsivos, ni el de los afectos, ni el de los sentimientos orientativos pueden empobrecerse, sin embargo nuestro mundo emocional si. Es por esto que las normas éticas de un grupo social tienen un papel decisivo en la regulación de las emociones.

La diferenciación de las emociones es, al mismo tiempo, la acumulación de la riqueza humana. La riqueza en sentimientos forma parte de la universalidad de las personas.

De todos los sentimientos, solo las emociones pueden convertirse en pasiones; no podemos tener hambre apasionada o una tristeza apasionada. Si el amor o el odio se convierten en pasión, ya no nos orientan, sino que funcionan como emociones. Pueden ser apasionados el amor, la amistad, el deseo de venganza, los celos, el amor a la justicia, el deseo de aprender; pero tampoco todas las emociones pueden convertirse

en pasiones; por ejemplo no existe la felicidad apasionada o la humildad apasionada. Las pasiones forman parte de los deseos fijados, los cuales son producidos por las necesidades que no podemos satisfacer.

Los sentimientos orientativos y las emociones son aprendidos totalmente y en todos los aspectos. Cada uno de esos sentimientos es consecuencia de la reintegración del conocimiento y la acción en el sentimiento, es una resultante de ese proceso.

Las emociones son: la felicidad, el gozo, la devoción, la humildad, la conmoción, la compasión, la pena (como tristeza y no como vergüenza), el remordimiento, el desprecio, la indignación, la impotencia y el aburrimiento.

Las emociones se pueden dividir en:

- Hábitos emocionales: son emociones que ya hemos aprendido, y con las que debemos aprender a vivir a partir de entonces. Es simple evaluarlos sobre la base de normas.
- Acontecimientos emocionales: deben ser aprendidos una y otra vez, y debe ser valorado idiosincrásicamente, por más que tal aprendizaje pueda hacerse más sencillo con la acumulación de experiencias vitales.

### *3.3. El sentido y la función de la actividad práctica como estrategia metodológica para la enseñanza de la enfermería*

En las sociedades antiguas y medievales la enseñanza del cuidado se proporcionó fundamentalmente a partir de la tradición oral. Las mujeres, principales propiciadoras de

cuidados estuvieron limitadas al ámbito de lo íntimo, siendo el hogar y el convento, los escenarios donde se transferían los conocimientos sobre el cuidado, de madres a hijas y de religiosa a religiosa. En estas épocas la enfermería como "oficio" no tomó sino la "técnica", es decir el aprendizaje de movimientos y actividades, el manejo de instrumentos y herramientas, sin dominar por ello las relaciones que se establecen entre este saber hacer y su pertinencia con el conjunto de la situación (Colliere, 1993)

En el siglo XIX las practicas de cuidados se comienzan a configurar en un cuerpo de conocimientos (a partir de los escritos e investigaciones desarrolladas por Florence Nightingale) y la necesidad de tener en los hospitales personal que cuidara a los enfermos, genera un ambiente propicio para que la enseñanza y el aprendizaje de la Enfermería se diera en el ámbito de la educación formal.

En el siglo XX, muchas Escuelas de Enfermería comienzan a ser acogidas por las Universidades, iniciándose la enseñanza de la disciplina de la enfermería en el ámbito de la "Educación Superior".

Sin embargo, el hecho de que los hospitales en esta época se configurarían como los principales escenarios para la enseñanza de la Enfermería, estuvo determinado por "la necesidad de vincular a estas instituciones de salud un personal asistencial no excesivamente cualificado para ayudar a los médicos en sus labores" (Colliere, 1993, p. 120). De esta manera "las escuelas de enfermería intercambiaron la fuerza de trabajo de los estudiantes por soporte financiero". Así, empieza a desarrollarse con rapidez un sistema en el que los estudiantes de Enfermería actuaban como fuerza de trabajo muy

barata que en su calidad de aprendices no cobraban ningún dinero por los cuidados prestados a los enfermos. A partir de 1910, uno de cada cuatro hospitales poseía una escuela de entrenamiento de enfermeras y estas condiciones jugaron un papel importante en la génesis de una concepción de la formación de la Enfermería como entrenamiento de aprendices. Sin embargo, a pesar de esta connotación social y laboral que fueron adquiriendo las prácticas de formación de enfermería, estas lograron un papel predominante en la formación profesional teniendo en cuenta que la Enfermería se ha definido como una "ciencia practica", o "ciencia aplicada".

En el desarrollo conceptual y epistemológico que ha presentado la Enfermería, durante los siglos IXX, XX y XXI, en los cuales la Enfermería a evolucionando de "oficio" a ciencia, disciplina y profesión, las prácticas clínicas han cumplido un papel importante en este tránsito. En el devenir histórico de la profesión, teoristas como Patricia Benner logran hacer un trabajo de investigación, reflexión y teorización acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje de la enfermería. Benner consolida su teoría la cual denominó "De principiante a experta: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica" en la cual recalca la diferencia entre el "saber práctico", un conocimiento práctico que puede eludir formulaciones, y el "saber teórico" o explicaciones teóricas.

El saber teórico sirve para que un individuo asimile un conocimiento y establezca relaciones causales entre diferentes sucesos. El saber práctico consiste en la adquisición de una habilidad que puede desafiar el saber teórico; es decir, un individuo puede saber como se hace algo



antes de descubrir su explicación teórica...por lo tanto, la práctica clínica es un área de investigación y una fuente para el desarrollo del conocimiento. (Brykczynsky, 2003 p. 167)

Puede considerarse la práctica profesional de la Enfermería como aquella actividad de una comunidad de enfermeras y enfermeros que comparten las tradiciones de una profesión, los esquemas apreciativos, las convenciones para la solución de problemas, un lenguaje específico y compartido e instrumentos particulares. Esta actividad profesional se lleva a cabo en instituciones peculiares cuyo máximo exponente es el hospital. El conocimiento práctico de la enfermera esta incrustado en una serie de prácticas y actividades que son compartidas por la comunidad profesional. "Las estudiantes de enfermería aprenden ese conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento) especialmente durante las prácticas de formación." (Medina, 1998 p. 227)

Desde esta perspectiva, las prácticas clínicas que las estudiantes desarrollan como parte de su proceso de formación profesional presentan las siguientes características:

- La práctica es el hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículo de Enfermería: a través de la práctica el estudiante interioriza y se apropia de la teoría. La práctica es el escenario donde la "teoría" cobra vida y los contenidos de los cursos son asimilados por el estudiante, siendo la práctica el punto de partida de los aprendizajes que los alumnos llevan a cabo.

- La práctica no es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan: podría considerarse en un momento dado que las prácticas puede llevar a la imitación y seguimiento de actividades por parte de los estudiantes sin que exista una reflexión crítica al respecto de la acción. Sin embargo, este conocimiento en la acción (rutinario y a veces repetitivo), ese saber hacer, solo puede resultar útil y transformador en la realidad si se halla articulado en la reflexión permanente sobre la acción y en la acción. De alguna manera modelo pedagógicos de corte conductista, durante las prácticas clínicas no favorecen el desarrollo del pensamiento crítico por parte del estudiante de enfermería.
- La práctica supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción: es necesario reconocer que no existe una separación entre teoría y práctica. El conocimiento del aula de clase solo adquiere el carácter de significativo, relevante y útil para las estudiantes desde y a través de los problemas de cuidado que son inestables, cambiantes, inciertos y que aparecen durante las prácticas clínicas. El saber que el profesional de enfermería pone en juego para solucionar aquellos problemas de cuidado que se le presentan día a día difieren del conocimiento que se transmite en el aula de clase porque es personal, contextual y producido por ella, a través de su experiencia y reflexión de los actos cotidianos. Durante las prácticas, cada actividad de cuidado implica una reacomodación del conocimiento adquirido para su adaptación a la nueva situación que se presenta. En esta medida la "reflexión en la acción", el

hecho de repensar alguna parte del conocimiento conduce a la modificación de los cursos de acción y esto a la transformación de lo que sabemos. Por lo tanto, el conocimiento aprendido en el aula tiene un valor instrumental, pero a condición de que sea integrado por el estudiante en su marco de referencia como un elemento más de su saber práctico.

- La práctica es un proceso de investigación permanente: cuando el estudiante "práctica" las acciones de cuidado, delegadas normalmente por la enfermera o la docente de enfermería, explora la situación del enfermo que para ella es problemática y novedosa. Con esa "experimentación" la estudiante reestructura nuevas actividades de acción a la vez que modifica el modo como interpreta la situación. Este solo puede aprender algo de la situación cuando trata de modificarla.

Es necesario enunciar el papel relevante de la profesora o docente de prácticas en el desarrollo de las mismas. Sin lugar a dudas, el conocimiento práctico es difícil de enseñar, debido sobre todo a su naturaleza personal y tácita. Desde las teorías de Jean Piaget, contamos con la certeza de que cada ser humano se apropia del conocimiento a partir de sí mismo y sus estructuras cognitivas, los aprendizajes previos que contiene, los contextos culturales y sociales en los cuales ha crecido y desarrollado, entre otros. Sin embargo, el conocimiento práctico es posible aprenderlo. El conocimiento práctico es casi imposible que pueda ser transmitido en el aula de clase, surge de la experiencia, de aquí que la docente de prácticas adquiera un papel central en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería.

Durante la práctica, la docente puede establecer una conversación reflexiva con las estudiantes acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la estudiante le otorga a estas mismas. De la orientación que la docente dé a la práctica clínica, los métodos de enseñanza aprendizaje utilizados durante el desarrollo de esta y el tipo de relación que establezca con sus estudiantes, la práctica se puede consolidar como un excelente o un pésimo escenario para la formación de los profesionales de enfermería en la actualidad. (Medina, 1998).

El Programa de Enfermería de la UPB busca formar profesionales de Enfermería íntegros, que posean gran fundamentación científica, ética y humana; profesionales caracterizados por su compromiso y liderazgo y con capacidad para promover desarrollo en todos los ámbitos.

Para el Programa de Enfermería, educar se concibe no sólo como el proceso de formación profesional sino ante todo,

Educar es poner a los jóvenes a la altura de su tiempo, es formar personalidades capaces de orientarse lúcida y críticamente dentro de su mundo, es proporcionarle todos los medios necesarios para que se comprendan así mismos y al mundo en que viven, para usar sus energías de manera constructiva y avanzar en la tarea de organizar la sociedad. Educar es transmitir pasión por el saber, contagiar la capacidad de maravillarse y preguntarse por todo aquello que hace parte de la vida, ayudar a desarrollar la

capacidad crítica, la mentalidad reflexiva, la creatividad. Educar es cultivar a la persona toda. No sólo su cerebro sino también su corazón, su capacidad de amar, de desear, de imaginar, de sentir, de integrarse a la colectividad y mejorarla. (Mendoza, 1988 p. 69)

Para el Programa de Enfermería de la UPB, los procesos de enseñanza y aprendizaje se presentan en dos importantes momentos: un momento de formación teórica y un segundo momento de apropiación y validación de los conceptos y conocimientos adquiridos a través del desarrollo de una praxis o práctica clínica y comunitaria.

Momento de formación teórica: en esta primera fase el estudiante tiene acceso a las diferentes teorías, conceptos, contenidos, que corresponden al núcleo de conocimientos propios de la disciplina de la enfermería así como de otras disciplinas o saberes que la ayudan a una mayor comprensión y abordaje del ser humano, desde sus necesidades de salud y cuidado.

Momento de validación a través de la práctica: en esta segunda fase el estudiante logra una mayor apropiación e interiorización de los conceptos y contenidos adquiridos durante la formación teórica a través de las prácticas de cuidado de diferentes grupos humanos en situaciones diversas de salud o enfermedad. Pone en ejercicio los conocimientos teóricos adquiridos. Además, logra desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para la ejecución de las actividades y procedimientos propios de la profesión de enfermería.

Ambas fases pueden presentarse de manera simultánea en la medida en que se parte de una premisa fundamental en la cual se considera que el aprendizaje por parte del estudiante no se

presenta en forma lineal, sino que teoría y práctica están fuertemente entrecruzadas y que la primera ilumina la segunda y la segunda lleva a la comprensión plena de la primera: "aprender haciendo". Universidad Pontificia Bolivariana [UPB], (2006).

En el Plan de estudios del Programa de Enfermería, los cursos que pertenecen al "Área de cuidado" son teórico-prácticos y entre todos suman un total de 17 prácticas clínicas. El Área de Cuidado se ha consolidado a partir del ciclo vital humano, distribuyéndose y nominándose los cursos de acuerdo a la etapa de la vida en la cual se encuentra la persona y a las necesidades y problemas de cuidado que se puedan presentar en esta. Los cursos y sus respectivas prácticas se enuncian a continuación:

- Cuidado de Enfermería en Salud mental y Psiquiatría: en este, los estudiantes realizan su práctica en instituciones psiquiátricas donde se atienden personas con trastornos de la conducta, el afecto o enfermedad mental, igualmente personas con problemas de drogadicción y alcoholismo.
- Atención Básica de Enfermería: durante esta práctica, los estudiantes aprenden todo lo concerniente al desarrollo de los procedimientos de enfermería encaminados a proporcionar cuidados durante la alimentación, la eliminación, la higiene, la movilización, el descanso, y la protección de sujeto cuidado. Además, todos los procedimientos relacionados con la administración de medicamentos.
- Cuidado de Enfermería al Adulto y Anciano: los estudiantes tienen contacto con el anciano institucionalizado que

presenta patologías propias del envejecimiento. Durante esta práctica la estudiante conoce todo lo pertinente con el cuidado del adulto mayor. Además se aborda desde el cuidado al adulto que se encuentra hospitalizado por un proceso de enfermedad (agudo o crónico) y se atiende a la población que se encuentra inscrita en los Programas de promoción y prevención.

- Cuidado de Enfermería en Urgencias: los estudiantes aprenden durante esta práctica los procedimientos encaminados a salvaguardar la vida de las personas que han presentado un trauma o se encuentran en un estado de salud que pone en peligro la vida.
- Cuidado de Enfermería en problemas quirúrgicos: los estudiantes interiorizan las prácticas de cuidado a las personas que ameritan tratamiento quirúrgico para la recuperación de la salud o que están en proceso de recuperación después de un procedimiento quirúrgico.
- Cuidado de Enfermería a la Mujer: durante el desarrollo de este curso las estudiantes asisten a cuatro prácticas: alto riesgo obstétrico (durante esta práctica los estudiantes se apropian de los elementos necesarios para el cuidado de la gestante que presenta alteraciones en su estado de salud asociado a su estado de gestación), trabajo de parto y parto (los estudiantes comprenden todas las prácticas de cuidado a la mujer que se encuentra en trabajo de parto y parto, así como del cuidado al feto y al recién nacido) postparto (los estudiantes interiorizan los cuidados de enfermería básicos a tener con la madre y el recién nacido durante el postparto

inmediato) y Programas encaminados a la salud sexual y reproductiva de las personas.

- Cuidado de Enfermería al Niño y Adolescente: los estudiantes durante las prácticas clínicas abordan el cuidado de enfermería de los niños que se encuentran hospitalizados por enfermedad y/o trauma; además se aborda a los niños y adolescentes desde los Programas de prevención y promoción de la salud como son Programa ampliado de inmunización (PAI), Programa de Crecimiento y desarrollo y Escuela Saludable.

Tabla 1. Prácticas desarrolladas en cada uno de los cursos pertenecientes al área académica Cuidado

CURSO	PRÁCTICAS
Cuidado en salud mental y psiquiatría	1. Hospitalización
	2. Cuidado al paciente con problemas de drogadicción
Atención Básica	3. Hospitalización
Cuidado al adulto y anciano	4. Hospitalización
	5. Programas de Prevención y Promoción
	6. Cuidado al anciano sano Institucionalizado
Cuidado en problemas quirúrgicos	7. Hospitalización
	8. Cirugía
Cuidado de enfermería en urgencias	9. Urgencias
Cuidado de enfermería a la Mujer	10. Hospitalización Alto riesgo obstétrico
	11. Hospitalización Trabajo de parto y parto
	12. Hospitalización postparto
	13. Programas de prevención y promoción



Cuidado de enfermería al niño y adolescente	14. Hospitalización neonatos
	15. Hospitalización niño y adolescente
	16. Programas de prevención y promoción
	17. Escuela saludable

## 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Tipo	Unidad de medida	Nivel de medición	Valor
Edad de la estudiante	Tiempo de vida medido en años cumplidos	Cuantitativa	Años	Razón	19 años 20 años 21 años 22 años 23 años 24 años y más
Estrato socioeconómico de la estudiante	Condición económica y social según EEPP	Cualitativa	Estrato	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
Procedencia de la estudiante	Lugar de nacimiento de la estudiante	Cualitativa		Nominal	Municipios de Medellín, del área Metropolitana, de Antioquia o de Colombia
Estado civil de la estudiante	Condición civil en el momento actual	Cualitativa		Nominal	Soltera (o) Casada (o) Separada (o) Viuda (o) Religiosa (o) Unión libre

Personas con las cuales vive la estudiante	Tipo de parentesco que relaciona a la estudiantes con otros con los cuales vive principalmente	Cualitativa		Nominal	Padres, hermanos Abuelos Tíos Amigos Compañero o esposo Compañero o esposa e hijos Otros
Número de semestres cursados en el Programa	Número de semestres cursados y aprobados en la Facultad	Cuantitativa	Año escolar	Ordinal	8 semestres 9 semestres 10 semestres 11 semestres 12 semestres Más de 12
Semestre en el cual se encuentra matriculado actualmente	Semestre en el cual se encuentra matriculado el estudiantes según el plan de estudios de enfermería UPB	Cuantitativa	Semestre académico	Ordinal	Noveno semestre  Décimo semestre

Tabla 3. Variables relacionadas con los sentimientos.

Variable	Dimensión	Valor	Indicador
<p>Afectos:</p> <p>Siempre son suscitados por un estímulo; son manifiestos en expresiones faciales, en modulaciones de la voz. Forman parte del carácter social y de la naturaleza humana. Las expresiones de afecto son espontáneas. Se regulan por el sistema de normas, no por el sistema de costumbres, pero nacen con las personas</p>	Alegría	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de placer</li> <li>- Estado interior fresco y luminoso</li> <li>- Altos niveles de energía</li> </ul>
	Tristeza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de ánimo afligido</li> <li>- Llanto fácil</li> </ul>
	Miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sudoración y taquicardia</li> <li>- Sensación de temor</li> </ul>
	Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de inquietud o zozobra</li> </ul>
	Rabia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ira intensa o enfado</li> <li>- Cólera violenta</li> </ul>
	Disgusto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de pesadumbre e inquietud</li> <li>- Contrariedad</li> </ul>
	Asco	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresión desagradable</li> <li>- Sensación de repugnancia</li> </ul>
	Vergüenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación penosa de la propia dignidad</li> <li>- Estado deshonesto o humillante</li> </ul>

	Curiosidad	- Se presentó - No se presentó	-Deseo de saber
Sentimientos orientativos de contacto  Los guían y moldean las orientaciones sociales.  Pueden tener categorías de intensidad y profundidad.  No tienen fundamento orgánico. Su fuente es la experiencia y pueden originar los acontecimientos sentimentales más diversos. Su función social es de orientar en la elección de las personas	Amor	- Se presentó - No se presentó	-Atracción de una persona hacia otra.
	Odio	- Se presentó - No se presentó	-Desear el mal de alguien  -Repugnancia hacia alguna cosa
	Simpatía	- Se presentó - No se presentó	- Sensación de afinidad con otro  -Inclinación afectiva
	Antipatía	- Se presentó - No se presentó	- Sensación instintiva de rechazo a alguien.
	Atracción	- Se presentó - No se presentó	-Sensación de captar la atención de otro.
	Aversión	- Se presentó - No se presentó	-Sensación de oposición y repugnancia.
	Confianza	- Se presentó - No se presentó	-Seguridad en uno mismo, en los otros o en algo
	Desconfianza	- Se presentó - No se presentó	-Pérdida de la credibilidad en el otro
	Solidaridad	- Se presentó - No se presentó	-Actitud de adhesión a la causa de otros

con quienes queremos estar o no	Indiferencia	- Se presentó - No se presentó	- Sensación donde el otro desaparece como sujeto de valor.
	Esperanza	- Se presentó - No se presentó	- Confianza de lograr algo
	Desesperanza	- Se presentó - No se presentó	- Pérdida de la fe y la confianza en algo
Emociones  Dependen fundamental- mente de la cultura. No siempre han sido parte del mundo interior de las personas.  No necesitan de un estímulo. No juegan un papel importante en la preservación biológica de la especie pero son parte	Felicidad	- Se presentó - No se presentó	- Sensación en el cual se percibe la vida tal como se desea
	Gozo	- Se presentó - No se presentó	- Sensación de placer originado por la esperanza de obtener cosas apetecibles
	Devoción	- Se presentó - No se presentó	- Sensación de veneración y fervor por otro
	Humildad	- Se presentó - No se presentó	- Sumisión voluntaria por conciencia de la propia incapacidad
	Conmoción	- Se presentó - No se presentó	- Estado de sorpresa o desconcierto
	Compasión	- Se presentó - No se presentó	- Sentimiento de lástima por la desgracia de otros.
	Pena	- Se presentó - No se presentó	- Sensación honda de tristeza

constitutiva en el funcionamiento social.	Remordimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	-Dolor moral por haber hecho una mala acción
	Desprecio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	-Desestimar u omitir a alguien.
	Indignación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	-Disgusto vehemente contra una persona.
	Impotencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	-Sensación en la cual se siente que no se tiene el poder para cambiar una situación o realidad
	Aburrimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se presentó</li> <li>- No se presentó</li> </ul>	-Sensación de fastidio o tedio en la realización de algo.

## 5. METODOLOGÍA

Esta investigación se enmarcó en un enfoque empírico analítico porque buscó determinar un fenómeno cual eran los sentimientos y las emociones de los estudiantes de enfermería durante la práctica clínica; la teoría desempeñó un papel importante para otorgarle significado a los datos obtenidos, se establecieron variables de indagación y posterior análisis, se utilizaron procesos estadísticos y medidas de frecuencia para establecer el porcentaje de presencia o no del fenómeno estudiado, se aplicaron cuestionarios como técnica de recolección de la información y el análisis de los datos fue cuantitativo.

Es una investigación de tipo descriptivo en la medida en que el conocimiento que se tenía del fenómeno era incipiente, su frecuencia era desconocida y los factores asociados al fenómeno estaban poco determinados. El diseño corresponde a la investigación cuantitativa en la medida en que permitió la obtención de porcentajes; las variables (afectos, sentimientos y emociones) son cualitativas por el hecho de que no pueden ser medidas en términos de la cantidad de la propiedad presente, por esta razón lo que se determinó en esta investigación fue la presencia o no de estos en las estudiantes durante las practicas clínicas (Pineda, E.B, De Alvarado, E.L. y De Canales, F.H., 1994, p. 104). Además, desde los planteamientos teóricos realizados por Agnes Heller, ésta no establece escalas o jerarquías de intensidad, frecuencia o profundidad de los afectos, los sentimientos y las emociones; por esta razón en el cuadro de operacionalización de las variables no se contempló el "nivel de medición" ni la "unidad de medida", considerándose



la dimensión, el valor y los indicadores de las variables (Sierra B, 1988).

Es un estudio transversal porque la información se recolectó en un solo momento, en un tiempo único, cuando las estudiantes ya habían desarrollado todas las prácticas clínicas del 4° al 8° semestre y podían identificar las emociones, sentimientos y afectos presentados durante cada una de las prácticas.

La población estudiada la conformaron las estudiantes de noveno (9°) y décimo (10°) semestre del Programa de Enfermería, las cuales ya tuvieron la experiencia de las prácticas clínicas para un total de 71 estudiantes, las cuales se constituyeron en la población de estudio, al ser el número total de estudiantes matriculadas en ese momento, en los semestres mencionados. Por lo anterior, no se seleccionó una muestra probabilística de estudiantes para la aplicación de la encuesta al considerarse la población objeto de estudio una población relativamente pequeña dado por: el tamaño de la población estudiantil de la Facultad en ese momento, el relativo corto tiempo de funcionamiento del Programa y en el hecho de ser un Programa hasta el 2007 que se encontraba anualizado, limitando estas situaciones el número de estudiantes matriculados en el Programa en los dos últimos semestres de la carrera.

Las estudiantes encuestadas, según caracterización realizada al interior del Programa de Enfermería, presentaron una edad mayor de los 20 años y la mayoría de ellas se encontraban psico-evolutivamente en la etapa adulta temprana.

El área de estudio fue la Facultad de Enfermería de la UPB. La técnica de recolección de la información fue la

encuesta dirigida, la cual fue sometida a la valoración de expertos, quienes avalaron el instrumento de recolección de la información desde el contenido y la estructura (Apéndice A). La encuesta se aplicó de manera individual a cada una de las estudiantes participantes en el estudio, previo diligenciamiento del consentimiento informado. La encuesta midió las variables sociodemográficas y la presencia o no de los afectos, los sentimientos orientativos de contacto y las emociones, según la taxonomía propuesta por Agnes Heller. La validez de los datos obtenidos esta dada por dos aspectos, a saber:

- Validez teórica en la medida en que las variables y las dimensiones indagadas están sustentadas en una teoría fundamentada.
- Validez metodológica en cuanto los estudiantes respondieron los sentimientos, afectos y emociones que más prevalecieron en cada una de las prácticas, siendo esta información "datos de primera mano". Al ser las variables de naturaleza cualitativa no pueden ser sometidas a una prueba estadística pero "la validez en este caso hace referencia al grado de coherencia lógica interna de los resultados y a la ausencia de contradicciones con resultados de otras investigaciones o estudios bien establecidos" (Galeano, 2004 p. 42)

Para el procesamiento de la información y/o la sistematización de la información se utilizó el programa estadístico Epi Info versión 6.04 y se presentó la información utilizando medidas de frecuencia. Los resultados se presentaron a través de gráficos de barras y tablas de distribución de frecuencias por porcentajes. En la presentación de los resultados se expusieron los afectos,

sentimientos orientativos y emociones que lograron mayores porcentajes de aparición en los estudiantes, en todas las prácticas de cuidado y de manera adicional se presentaron los afectos, sentimientos orientativos y emociones que, en cada práctica, los estudiantes presentaban con mayor frecuencia. En la discusión final se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación comparándolos con los resultados presentados en otras investigaciones de igual propósito, exponiendo al final, a manera de conclusión los aportes nuevos dados por este proceso de investigación en relación a la pregunta inicial; igualmente se expusieron aquellos resultados similares entre esta investigación y otras desarrolladas en otras poblaciones estudiantiles y latitudes. Finalmente se presentan algunas recomendaciones para adoptar en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería encaminadas al mejoramiento de la calidad del Programa de Enfermería de la UPB.

## 6. ANÁLISIS DE RESULTADOS

## 6.1. Caracterización socio demográfica de los estudiantes de enfermería participantes en el estudio

Tabla 4. Edad promedio de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20	1	1,4%	1,4%
21	9	12,7%	14,1%
22	15	21,1%	35,2%
23	17	23,9%	59,2%
24	15	21,1%	80,3%
25	5	7,0%	87,3%
26	6	8,5%	95,8%
28	1	1,4%	97,2%
30	1	1,4%	98,6%
44	1	1,4%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

De los 71 estudiantes encuestados el 78.8% presentaban edades entre los 21 y los 24 años inclusive y un 15.5% presentaban entre 25 y 26 años de edad. El mayor porcentaje tenía 23 años, pudiendo decirse que la mayoría de los estudiantes encuestados se encontraban evolutivamente hablando en la etapa de adultez temprana.

Tabla 5. Estrato socioeconómico de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin dato	1	1,40%	1,40%
2	5	7,1%	7,1%
3	25	35,7%	42,9%
4	25	35,7%	78,6%
5	15	21,4%	100,0%

Total	70	100,0%	100,0%
-------	----	--------	--------

De las estudiantes encuestadas, el 71.4% pertenecen a los estratos 3 y 4. Ningún estudiante pertenece al estrato económico 6.

Tabla 6. Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medellín	53	74,6%	74,6%
Fuera de Medellín	18	25,4%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

El 74.6% de los estudiantes proceden de Medellín y un 25.4% proceden de lugares diferentes a la ciudad de Medellín, caracterizándose el grupo de estudiantes como una población urbana.

Tabla 7. Estado Civil de los estudiantes encuestados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero (a)	62	87,3%	87,3%
Casado (a)	5	7,1%	94,4%
Unió libre	1	1,4%	95,8%
Separado (a)	1	1,4%	97,2%
Divorciado (a)	1	1,4%	98,6%
Religioso (a)	1	1,4%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

El 87.3% de los estudiantes encuestados están solteros y un 7.1% se encuentran casados; un 5.6% tienen estados civiles diversos.

Tabla 8. Convivencia actual

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Solo	2	2,8%	2,8%
Acompañado	4	5,6%	8,5%
Acompañado familia	65	91,5%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

Un 91.5% de los estudiantes encuestados conviven en familia o acompañados por familiares. Este dato es significativo en la medida en que nos señala que durante el desarrollo de la carrera los estudiantes contaron con apoyos familiares.

Tabla 9. Año de ingreso al Programa de Enfermería de la UPB

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
2001	2	2,8%	2,8%
2002	4	5,6%	8,5%
2003	24	33,8%	42,3%
2004	27	38,0%	80,3%
2005	14	19,7%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

El 71.8% de las estudiantes ingresaron al Programa en los años 2003 - 2004.

Tabla 10. Realización del semestre de inducción al iniciar la carrera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	19	26,8%	26,8%
No	52	73,2%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

El 73.2% de los estudiantes encuestados no realizaron el semestre de inducción, sino que ingresaron al primer semestre

de manera inmediata, lo que demuestra una mejor calidad académica del grupo, desde la dinámica de los procesos de selección.

Tabla 11. Semestre en el cual se encontraba el estudiante al momento de aplicación de la encuesta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin dato	1	1,4%	1,4%
Octavo	1	1,4%	1,4%
Noveno	39	55,7%	57,1%
Décimo	30	42,9%	100,0%
Total	71	100,0%	100,0%

El mayor número de estudiantes que diligenciaron la encuesta pertenecían al 9° semestre del plan de estudios del Programa.





1.Hospitalización Salud Mental	50.7	35.2	43.7	43.7	1.4	2.8	4.2	0	63.4
2.Cuidado al paciente con problemas de drogadicción	49.3	50.7	28.2	29.6	1.4	5.6	1.4	0	64.8
3.Atención Básica	63.4	5.6	46.5	67.6	9.9	8.5	4.2	4.2	46.5
4.Hospitalización al adulto	50.7	38	16.9	45.1	5.6	9.9	14.1	0	36.6
5.Programas al adulto y anciano	71.8	12.7	21.1	38	11.3	11.3	2.8	1.4	45.1
6.Cuidado al anciano sano institucionalizado	47.9	57.7	11.3	28.2	4.2	14.1	28.2	0	31
7. Urgencias	47.9	7	49.3	70.4	9.9	4.2	0	2.8	53.5
8.Hospitalización Quirúrgica	53.5	4.2	28.2	62	5.6	5.6	2.8	1.4	54.9
9. Cirugía	52.1	11.3	40.8	59.2	11.3	9.9	4.2	0	54.9
10. Hospitalización ARO	77.5	11.3	21.1	53.5	1.4	4.2	1.4	1.4	54.9
11. Programas a la Mujer	85.9	5.6	9.9	40.8	5.6	7.0	1.4	5.6	49.3
12. Trabajo de parto y parto	84.5	4.2	38	62	4.2	0	1.4	0	59.2
13. Hospitalización postparto	90.1	2.8	9.9	38	7	8.5	0	1.4	50.7

14. Hospitalización Neonatos	76.1	28.2	39.4	49.3	1.4	4.2	0	1.4	40.8
15. Hospitalización Niño	73.2	31.0	12.7	50.7	4.2	7.0	0	0	46.5
16. Programas al niño y adolescente	87.3	11.3	8.5%	33.8	7.0	7.0	2.8	0	42.3
17. Escuela saludable	71.8	16.9	8.5	28.2	18.3	19.7	2.8	1.4	38.0

6.3. Porcentaje de presencia de *SENTIMIENTOS ORIENTATIVOS* en los estudiantes del Programa de Enfermería en todas las prácticas del área clínica

Figura 2. Porcentaje de presencia de los sentimientos orientativos en los estudiantes del programa de enfermería en todas las prácticas del área clínica

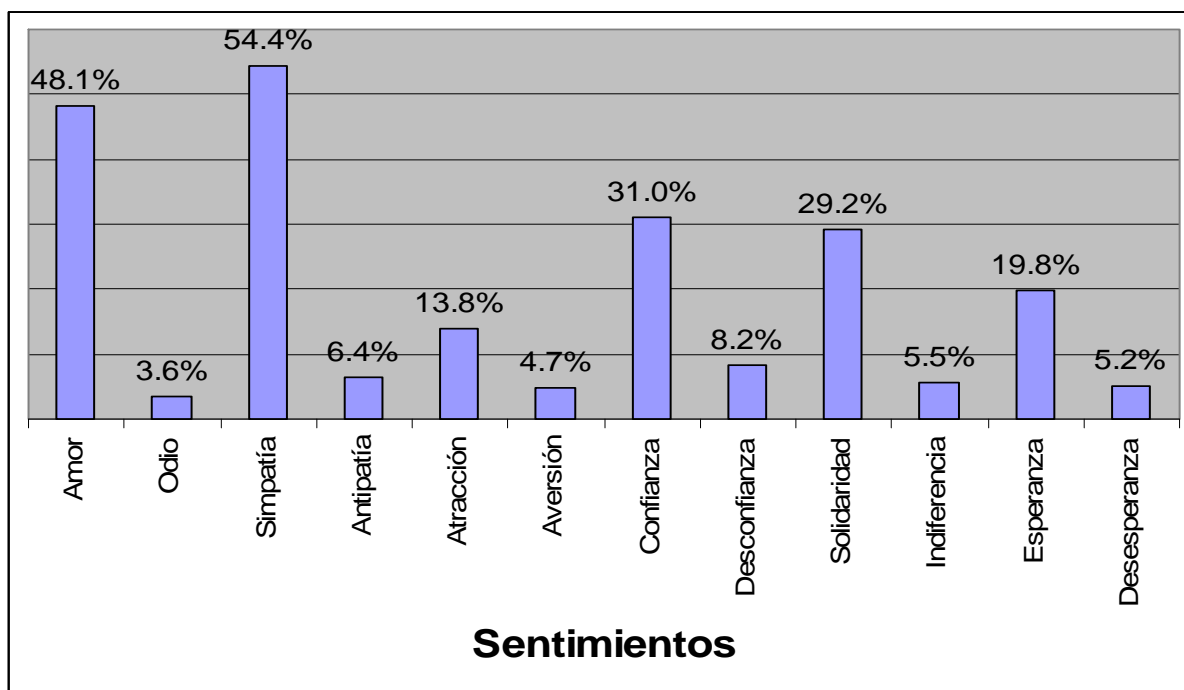


Tabla 13. Porcentaje de presencia de los diferentes sentimientos orientativos de los estudiantes, en cada una de las prácticas clínicas del área de cuidado

SENTIMIENTO ORIENTATIVO	Amor	Odio	Simpatía	Antipatía	Atracción	Aversión	Confianza	Desconfianza	Solidaridad	Indiferencia	Esperanza	Desesperanza
PRACTICA												
1. Hospitalización Salud Mental	23.9	1.4	50.7	7%	7%	4.2	22.5	16.9	42.3	8.5	25.4	14.1
2. Cuidado al paciente con problemas de drogadicción	22.5	2.8	49.3	9.9	4.2	4.2	15.5	28.2	42.3	8.5	25.4	15.5
3. Atención Básica	40.8	7.0	56.3	7.0	14.1	7.0	32.4	14.1	25.4	1.4	16.9	4.2
4. Hospitalización Cuidado al adulto	32.5	5.6	50.7	9.9	5.6	4.2	36.6	4.2	40.8	7.0	15.5	9.9
5. Programas al adulto y anciano	33.8	2.8	57.7	9.9	8.5	4.2	36.6	2.8	35.2	7.0	14.1	5.6
6. Cuidado al anciano sano institucionalizado	47.9	4.2	52.1	9.9	8.5	5.6	25.4	4.2	46.5	5.6	14.1	14.1
7. Urgencias	40.8	7.0	50.7	7.0	22.5	4.2	18.3	15.5	31.0	1.4	22.5	5.6
8. Cuidado al paciente post-quirúrgico	33.8	4.2	47.9	7.0	8.5	8.5	35.2	8.5	32.4	8.5	19.7	2.8
9. Cirugía	31.0	7.0	40.8	8.5	15.5	9.9	38.0	15.5	21.1	8.5	21.1	2.8
10. Hospitalización ARO	63.4	4.2	57.7	2.8	15.5	2.8	42.3	4.2	22.5	4.2	25.4	0%

11. Programas a la Mujer)	57.7	2.8	59.2	2.8	14.1	1.4	40.8	0%	31.0	1.4	16.9	0%
12. Trabajo de parto y parto	74.6	1.4	54.9	5.6	19.7	7.0	32.4	8.5	18.3	5.6	19.7	1.4
13. Hospitalización postparto	70.4	1.4	59.2	1.4	15.5	0	35.2	4.2	21.1	1.4	18.3	0%
14. Neonatos	73.2	2.8	54.9	1.4	22.5	1.4	28.2	8.5	25.4	1.4	23.9	5.6
15. Hospitalización Niño	62.0	0	67.6	2.8	21.1	1.4	25.4	2.8	23.9	1.4	19.7	2.8
16. Programas al niño	63.4	0	66.2	4.2	22.5	1.4	31.0	1.4	18.3	4.2	21.1	0
17. Escuela saludable	43.7	7	49.3	11.3	9.9	12.7	31.0	0	18.3	16.9	16.9	4.2

*6.4. Porcentaje de aparición de las emociones en los estudiantes del Programa de Enfermería durante las prácticas del área clínica*

Figura 3. Porcentaje de presencia de las emociones en los estudiantes del programa de enfermería en todas las prácticas del área clínica

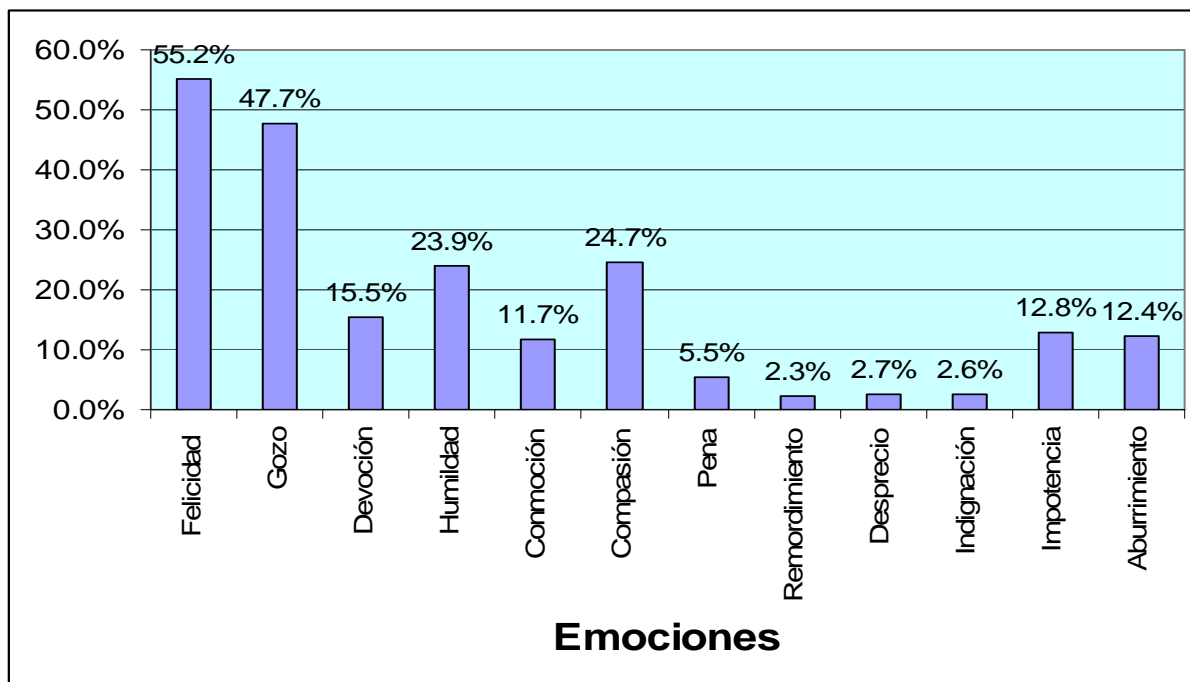


Tabla 14. Porcentaje de presencia de las diferentes emociones de los estudiantes, en cada una de las prácticas clínicas del área de cuidado

EMOCIÓN	Felicidad	Gozo	Devoción	Humildad	Conmoción	Compasión	Pena	Remordimiento	Desprecio	Indignación	Impotencia	Aburrimiento
1. Hospitalización Salud Mental	36.6	31%	5.6	19.7	16.9	50.7	12.7	2.8	1.4	2.8	26.8	15.5
2. Cuidado al paciente con problemas de drogadicción	35.2	36.6	9.9	18.3	12.7	53.5	8.5	4.2	2.8	4.2	29.6	8.5

3. Atención Básica	52.1	46.5	15.5	25.4	11.3	12.7	7.0	2.8	4.2	4.2	9.9	12.7
4. Hospital ización adulto y a	40.8	36.6	15.5	28.2	8.5	39.4	4.2	4.2	1.4	1.4	9.9	15.5
5. Programa s al adulto y anciano	43.7	38%	15.5	32.4	12.7	23.9	5.6	1.4	0%	1.4	12.7	16.9
6. Cuidado al anciano sano	40.8	36.6	8.5	35.2	9.9	40.8	11.3	7.0	2.8	2.8	16.9	23.9
7. Urgencia	57.7	33.8	12.7	19.7	14.1	15.5	4.2	4.2	8.5	2.8	18.3	14.1
8. Hospital ización paciente postquir úrgico	42.3	42.3	16.9	31.0	14.1	32.4	2.8	0%	5.6	1.4	5.6	11.3
9. Cirugía	46.5	38.0	11.3	18.3	18.3	21.1	5.6	4.2	8.5	4.2	21.1	16.9
10. Hospital ización ARO	70.4	59.2	16.9	21.1	9.9	18.3	1.4	0%	1.4	0%	8.5	5.6
11. Programa s a la Mujer	66.2	71.8	15.5	21.1	8.5	11.3	4.2	1.4	0%	0%	7%	11.3
12. Trabajo de parto y parto	78.9	59.2	18.3	25.4	15.5	11.3	5.6	1.4	0%	1.4	9.9	7.0
13. Hospital ización postpart o	77.5	62.0	21.1	19.7	8.5	14.1	2.8	0%	1.4	0%	5.6	2.8

14. Neonatos	70.4	52.1	23.9	19.7	9.9	22.5	4.2	1.4	2.8	0%	16.9	1.4
15. Hospitalización Niño	60.6	60.6	19.7	21.1	11.3	23.9	7.0	0%	1.4%	4.2	7.0	4.2
16. Programas al niño y adolescente	69.0	57.7	22.5	23.9	5.6	15.5	1.4	0%	0%	4.2	4.2	12.7
17. Escuela saludable	49.3	49.3	14.1	25.4	11.3	12.7	4.2	4.2	4.2	4.2	7.0	31

Tabla 15. Orden de prevalencia de los sentimientos y las emociones de los estudiantes durante las prácticas clínicas

ORDEN	SENTIMIENTO	%
1	Alegría	66.6
2	Felicidad	55.2
3	Simpatía	54.4
4	Curiosidad	48.9
5	Amor	48.1
6	Gozo	47.7
7	Ansiedad	47.0
8	Confianza	31.0
9	Solidaridad	29.2
10	Miedo	25.5
11	Compasión	24.7
12	Humildad	23.9
13	Esperanza	19.8
14	Tristeza	19.6
15	Devoción	15.5

ORDEN	SENTIMIENTO	%
18	Aburrimiento	12.4
19	Conmoción	11.7
20	Desconfianza	8.2
21	Disgusto	7.6
22	Rabia	6.5
23	Antipatía	6.4
24	Indiferencia	5.5
25	Pena	5.5
26	Desesperanza	5.2
27	Aversión	4.7
28	Asco	4.2
29	Odio	3.6
30	Desprecio	2.7
31	Indignación	2.6
32	Remordimiento	2.3

16	Atracción	13.8
17	Impotencia	12.8

33	Vergüenza	1.2
----	-----------	-----

De alguna manera los resultados obtenidos en la presente investigación dan cuenta de lo que, de una manera empírica, ha sido observado en las estudiantes durante el desarrollo de las prácticas clínicas desde la perspectiva de las emociones y los sentimientos que estos vivencian.

Durante el desarrollo de las 17 prácticas que realizan los estudiantes de enfermería los afectos que más se presentaron en estas fueron la alegría, la curiosidad, la ansiedad y el miedo.

La alegría como afecto los estudiantes lo experimentaron con más frecuencia en las prácticas de los cursos del área de "Cuidado de enfermería a la mujer, al niño y adolescente" como son la práctica de postparto (90.1%), Programas al niño y adolescente (87.3%), Programas a la mujer (85.9%) y trabajo de parto y parto (84.5%). Esto se explica al ser estas prácticas, actividades que conectan a los estudiantes con la experiencia de la vida y el ejercicio de la maternidad como algo inherente al género femenino.

La curiosidad como afecto, los estudiantes lo experimentaron con mayor frecuencia en las prácticas de Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (64.8%), hospitalización en salud mental y psiquiatría (63.4%), y trabajo de parto y parto (59.2%). Las prácticas que menos curiosidad les produjo a los estudiantes fueron las de Cuidado al anciano sano institucionalizado (31%) y Escuela saludable (38%). Estos resultados llaman mucho la atención y podrían



ser en un momento dado, fuente de reflexión acerca de la manera como se están desarrollando estas prácticas: niveles de motivación generados en los estudiantes, grado de profundización temática, posibilidades de indagación y aprendizaje de nuevos conocimientos, entre otras.

La ansiedad fue sentida por los estudiantes de enfermería con mayor frecuencia en las prácticas de Cuidado de enfermería en Urgencias (70.4%), Atención básica (67.6%), Cuidado al paciente quirúrgico hospitalizado (62%) y trabajo de parto y parto (62%), resultados que ofrecen una nueva información en la medida en que ningún otro estudio muestra estos resultados de una manera detallada.

El miedo fue experimentado por los estudiantes de enfermería durante las prácticas de Cuidado de enfermería en urgencias (49.3%), Atención básica (46.5%), Hospitalización en salud mental y psiquiatría (43.7%) y cirugía (40.8%). Se puede encontrar frente a la presencia de miedo en las estudiantes durante estas prácticas, semejanzas con lo encontrado en otro estudio en el cual los estudiantes manifestaron "tener miedo a cometer fallas con los pacientes y contagiarse de alguna enfermedad" (Gutiérrez y Latorre, 2002), lo cual es posible que ocurra en prácticas como Urgencias (por la severidad de los casos que se deben atender) y Atención Básica por la poca experiencia y habilidad que han desarrollado las estudiantes al llegar a esta práctica, que las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad en el momento de brindar cuidados de enfermería.

La tristeza fue experimentada por los estudiantes de enfermería con más frecuencia en las prácticas de Cuidado al anciano sano institucionalizado (57.7%), cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (50.7%), Cuidado al adulto hospitalizado (38%) y Cuidado al niño

hospitalizado (31%). Los dos resultados iniciales se asemejan a los presentados en un estudio realizado en la Universidad Mayor de San Marcos (Lima - Perú) (Cerna E.L, 2007) durante la práctica clínica de la asignatura de Enfermería en salud Mental y psiquiatría, en la cual las emociones que experimentaron los estudiantes de enfermería en esta oportunidad fue miedo, alegría y tristeza, siendo esta última la que más prevaleció al finalizar la práctica.

El asco lo experimentaron los estudiantes durante las prácticas de "Cuidado de enfermería al anciano sano institucionalizado" (28.2%) y Hospitalización al adulto y anciano (14.1%). Este resultado se entiende en la medida que en el cuidado a pacientes de la tercera edad hay una mayor manipulación o contacto con las secreciones y fluidos del paciente. La rabia y el disgusto fueron afectos que los estudiantes de enfermería presentaron durante las prácticas de "Escuela saludable" (19%), Programas al adulto y anciano (11.3%) y Cirugía (10.6%), relacionados estos afectos en la mayoría de los casos, por la relación que se estableció entre las docentes de estas prácticas y los estudiantes. Estos resultados tienen concordancia en buena parte con los resultados arrojados por el estudio realizado en la Escuela de Enfermería de San Sebastián (País Vasco- España) en el cual se detectó como factor generador de estrés, la relación con profesores, tutores, compañeros de práctica o de clase (9%). (Cortes, 2005).

Durante el desarrollo de las 17 prácticas que realizan los estudiantes de enfermería, los sentimientos orientativos que más se presentaron en estos fueron la simpatía, el amor, la confianza y la solidaridad. No se encontraron estudios que indagaran sobre la presencia y la prevalencia de los

sentimientos orientativos en los estudiantes de enfermería de otras instituciones educativas y/o hospitalarias a nivel nacional o internacional, por lo que no fue posible establecer un comparativo con los resultados aportados en esta investigación.

La simpatía como sentimiento orientativo fue experimentada por los estudiantes de enfermería de la UPB, en las practicas de Hospitalización al niño (67.6%), Programas al niño y adolescente (66.2%), Hospitalización postparto (59.2%) y Programas a la mujer (59.2%)

El amor como sentimiento orientativo fue vivenciado por las estudiantes de enfermería con más frecuencia en las prácticas de Trabajo de parto y parto (74.6%), Hospitalización de neonatos (73.2%) y hospitalización de postparto (70.4%).

La confianza se consolidó como un sentimiento orientativo cuya mayor frecuencia lo experimentaron los estudiantes de enfermería en las practicas de: Hospitalización de ARO (42.3%), Programas a la mujer (40.8%), Cirugía (38%) y Programas al adulto y anciano (36.6%)

La solidaridad, las estudiantes la vivenciaron durante las prácticas de Cuidado al anciano sano institucionalizado (46.5%), hospitalización en salud mental y psiquiatria (42.3%), Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (42.3%) y hospitalización al adulto y anciano (40.8%). Este resultado es comprensible en la medida en que, en estas prácticas la población sujeto de cuidado tiene gran necesidad de apoyo y ayuda.

La esperanza la sintieron con más frecuencia en las prácticas de hospitalización en salud mental y psiquiatria (25.4%), Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (25.4%), hospitalización de ARO (25.4%) y

hospitalización de neonatos (23.9%). Manifestaron desconfianza en Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (28.2%), Urgencias (15.5%) y Cirugía (15.5%). La indiferencia, la aversión y la antipatía se pusieron de manifiesto en Escuela saludable (13.6%).

Durante el desarrollo de las 17 prácticas que realizan los estudiantes de enfermería, las emociones que más se presentaron en estos fueron la felicidad, el gozo, la compasión y la humildad. No se encontraron estudios que indagaran sobre la presencia y la prevalencia de las emociones en los estudiantes de enfermería de otras instituciones educativas y/o hospitalarias a nivel nacional o internacional, por lo que no fue posible establecer un comparativo con los resultados aportados en esta investigación.

Los estudiantes de enfermería de la UPB experimentaron felicidad como emoción durante las prácticas de trabajo de parto y parto (78.9%), hospitalización postparto (77.5%), Hospitalización de ARO (70.4%) y hospitalización de neonatos (70.4%). Las prácticas en las cuales fueron menos felices fueron Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (35.2%), Hospitalización en salud mental y psiquiatría (36.6%) y cuidado al anciano sano institucionalizado (40.8%)

Igualmente las estudiantes experimentaron la emoción de gozo durante las prácticas de Programas a la mujer (71.8%), hospitalización de postparto (62%), Hospitalización de niño (60.6%) y trabajo de parto y parto (59.2%)

La compasión fue una emoción que los estudiantes de enfermería presentaron con mayor frecuencia en las prácticas de Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y

farmacodependencia (53.5%), hospitalización en salud mental y psiquiatría (50.7%), Cuidado al anciano sano institucionalizado (40.8%) y Hospitalización del adulto y anciano (39.4%)

La humildad como emoción los estudiantes de enfermería lo sintieron durante las prácticas de Cuidado al anciano sano institucionalizado (35.2%), programas al adulto y anciano (32.4%), Cuidado al paciente quirúrgico hospitalizado (31%) y hospitalización del adulto y anciano (28.2%).

La impotencia fue una emoción que los estudiantes experimentaron con mayor frecuencia en prácticas como Cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia (29.6%), hospitalización en salud mental y psiquiatría (26.8%), Cirugía (21.1%) y Urgencias (18.3%). Estos resultados son comprensibles si analizamos que en las dos primeras prácticas las estudiantes tienen contacto con personas, que por el tipo de enfermedades que padecen (patologías mentales) tienen poca probabilidad de recuperación. Por último el aburrimiento lo experimentaron los estudiantes de enfermería durante las prácticas de "Escuela saludable" (31%), cuidado al anciano sano institucionalizado (23.9%), Programas al adulto y anciano (16.9%) y Cirugía (16.9%)

Los afectos, los sentimientos orientativos y las emociones que son una manifestación de bienestar y confort emocional, como la alegría, la felicidad, el gozo, la simpatía y el amor son experimentadas por los estudiantes en aquellas prácticas en las cuales el estudiante toma contacto con experiencias de vida como las de postparto, trabajo de parto y parto, programas a la mujer y al niño y hospitalización de neonatos. Estas prácticas llevan a la estudiante a un acercamiento con la experiencia del nacimiento, del cuidado de

la mujer y del niño como seres de gran vulnerabilidad pero a la vez de gran potencialidad de vida.

Por otra parte, al constituirse el grupo de estudiantes en una población fundamentalmente femenina, se da la posibilidad que los estudiantes se sientan identificados desde lo existencial con las y los pacientes sujetos de cuidado de estas prácticas los cuales son mujeres y niños.

Algunas narraciones de las emociones y sentimientos de las estudiantes referidas a la experiencia de cuidado en trabajo de parto y parto son un ejemplo de los resultados obtenidos:

*El entrar a la unidad y ver todos esos chiquitines como con tanta necesidad de cuidado, eso genera muchas ganas, muchísimas ganas de estar ahí, igual con la familia como que rico que ya salga, como que rico tenerlo en la casa, que rico... entonces eso lo motiva a uno como ha tener ganas del cuidado de esa persona"...la única pregunta que uno tiene es ¿cómo agarro al bebé? (Testimonio fuente No. 1)*

*La práctica de partos...!a ver! ese fue otro sueño mío desde que... todo, yo siempre me quise enfocar por el área de partos, porque a mí me encantaba como... pues yo veía en la televisión todo eso y era como la reacción de las mamás, era una vida, como una alegría, las mamás igual quedaban hospitalizadas y quedaban con mucho dolor, pero era algo que iba a traer alegría; el primer parto en el que yo estuve, estuve fue viendo y no, me trajo como esa felicidad, como... tan perfecto todo, la felicidad que trae un nuevo ser, una nueva vida, eso me gustó muchísimo (Testimonio fuente No. 2)*

*...muchas prácticas uno se levantaba: que rico, voy a ir, voy a aprender!, y en estas: voy a ir, voy a aprender, pues... era una práctica que yo viví así con toda la emoción del caso, me gustó demasiado, demasiado, demasiado, mucho, pues ver a la mamá así llorara, gritara, lo que fuera, a mí me gustaba, y ver al niño y*

*después salir a mostrárselo a los familiares, yo me acuerdo que una vez salí: los familiares de tal, miren el niño, yo me acuerdo que la señora le echaba bendiciones al niño y me las echaba a mí, a mí me daba risa (se ríe), yo la miraba... fue graciosísimo; en esa misma práctica pero en postparto un señor: le tenemos que tomar la foto a Alejandro con la primera enfermera, claro, me sentaron a mí en la silla y yo con el niño, pues toda sonriente, la primera enfermera, fue súper bonito, y era el primer bebé de ellos, entonces se siente como la... pues uno trata como de sentir la misma alegría de ellos, tan bueno! (Testimonio fuente 4)*

También las estudiantes se manifestaron con relación a la alegría que les produce el cuidado de los niños:

*Lo mejor del mundo, a mi me encantan los niños, incluso digo que a mi me encantaría terminar enfermería y estudiar preescolar porque me parece que es un complemento excelente, pues, uno en un piso y sabiendo todo lo que el niño necesita y teniendo los conocimientos científicos y biológicos, yo digo que sería la combinación perfecta (Testimonio fuente No 3)*

*Neonatos, neonatos maravilloso, no, una experiencia maravillosa, divinos, no una cosa de locos, porque esos niños casi no se escuchan llorar, y aunque están como en un mal estado siempre se ven divinos, entonces usted... ay! ...es muy bonito, inspira demasiada ternura, demasiada alegría, como ganas de darles picos y de cogerlos y de abrazarlos y de todo, no, muy bonito, demasiado bonito (Testimonio fuente 5)*

La ansiedad como un afecto importante es experimentado en las estudiantes en aquellas prácticas que de alguna manera les activa un estado de atención o alerta permanente, donde la sorpresa y lo desconocido prima. Este se presenta en prácticas como la de Urgencias y Trabajo de parto y parto, porque "allí cualquier cosa puede pasar", y en la cual es fundamental estar preparado para enfrentar con calidad lo que se presenta. Es el afecto que se produce ante lo desconocido, como en la práctica

de Atención básica cuando los estudiantes se enfrentan por primera vez al contacto y cuidado directo del paciente.

*Yo no quería urgencias y de hecho es la materia a la que más le corro en mi vida profesional, Dios quiera que no me vaya a tocar en urgencias, no se, me parece... me da miedo la reacción mía ante los pacientes que lleguen mal, pues no se si pueda quedarme quieta o si pueda hacer mucho pero... le temo a esa materia, no me gusta (Testimonio fuente No 2)*

*Voy a pasar una sonda vesical, jamás lo he hecho, que susto, cómo voy a hacer esto, pero uno sabe que va donde la profesora y la profesora antes de ir donde el paciente te dice: qué vas a hacer y cómo lo vas a hacer... entonces ya uno como que respira...sí, sí me aprendí la teoría y es el susto porque ¡que pena del paciente, que va a pensar el paciente, es la primera vez que la voy a pasar, que nervios, pero entonces uno ve a la profesora y la profesora te mira, te abre los ojos y dice: dale, tranquila, seguí... vas a meter la pata, entonces o te pisan o te empujan o te abren los ojos, pero uno sabe: bueno, es por algo... (Testimonio fuente No 3)*

Una de las estudiantes se manifestó con relación al papel importante que tiene el docente en el manejo de la ansiedad del estudiante:

*Uno llega con confusión pero ves que te está acompañando la profesora y es una lucecita que te dice: ve, relájate que aquí estoy yo y te voy a ayudar, y después esa misma lucecita te va dando la posibilidad de que vos te vayas sola y se van abriendo muchas puertas donde uno va encontrando, obviamente dificultades, pero que sabe que hay un apoyo y vuelve y se encamina por donde es y vuelve y hace las cosas como son, y hay ansiedad en ese momento cuando uno ve que no es capaz con las cosas (Testimonio fuente No 3)*

El miedo o temor, según Agnes Heller es un afecto que tiene dos fuentes: la experiencia personal y la experiencia adquirida mediante la comunicación; pueden existir diferentes tipos de miedo, por ejemplo a lo desconocido o a lo que nos



genera amenaza. Es por lo tanto comprensible que las estudiantes experimenten mayor temor en prácticas como urgencias, hospitalización en salud mental y psiquiatría (en la medida en que socialmente identificamos al paciente psiquiátrico como un ser violento que puede causar un daño físico), cirugía y atención básica en la medida en que el estudiante se enfrentan a ambientes de mucho estrés.

*Pero yo recuerdo el primer día que yo fui al Mental, yo tenía mucho miedo de estar con pacientes psiquiátricos porque yo me imaginaba que todos eran agresivos, yo nunca había visitado el Hospital Mental entonces me imaginaba todos ellos encerrados... como lo hacen ver en las películas (Testimonio fuente No 2)*

*Una experiencia que yo tuve allá: fue el primer día que estábamos en inducción, nosotros entramos la patio donde estaban los adolescentes, entrábamos todas junticas, como para protegernos, y ahí mismo se veía todo el parche blanco en el patio y los adolescentes pues, no eran agresivos ni nada pero yo entré con mucho temor, cuando ya íbamos saliendo del patio, yo llevaba una cola y llegó una de las pacientes y me cogió el cabello, a mi me dio de todo, yo pensé que me iba a mechonear, que me iba a halar el cabello, se me arrimó muy linda, me dijo: ay que cabello tan bonito... y yo gracias y yo me salí, no me hizo nada, pues no fue agresiva conmigo pero el temor fue mucho (Testimonio fuente No 2)*

Otra de las estudiantes narra el temor que le genera el tenerse que relacionar con el paciente con enfermedad mental:

*Como miedo por el lugar porque era muy oscuro y pesar, pesar por qué, porque si uno se ponía a mirar la historia clínica, entonces uno veía pues... supongamos que el paciente tenía una posición socioeconómica buena y uno mirar pues como ese lugar donde estaban, y uno: Que pesar de esta gente!... En el Mental, yo allá no trabajo... pues es feo, es oscuro y es no sé qué, pues entonces no importa pero vamos a trabajar y a ponerle todas las ganas, pero yo creo que yo allá no trabajaría (Testimonio fuente No 4)*

*Yo empecé con la práctica en psiquiatría en Carisma, yo me acuerdo que antes de entrar yo tenía el pelo parado porque yo no sabía hacer nada, pues, a uno aquí le enseñan: coja un vena, de una pastilla, tome la presión; pero uno llega allá y se muere del susto... (Testimonio fuente No 4)*

Una estudiante manifiesta su temor al estar en los servicios de urgencias y otra expresa su desconcierto al fallecer un paciente y al rotar por un servicio de cirugía:

*Código azul, le corro, pero me da más miedo urgencias que un código azul en un piso, porque en mi familia hemos tenido experiencias más o menos como duritas en cuanto a accidentes, muertes violentas, accidentes violentos, cosas así, entonces me da como miedo volver a revivir tantas cosas. (Testimonio fuente No 2)*

*Fue horrible, porque yo había pasado muchas sondas vesicales y tengo en la cabeza que un paciente muy mal, muy mal, usted le pasa una sonda y lo mata, eso produce un estímulo muy grande, porque me pasó...en la León XIII una de mis compañeras le iba a pasar una sonda a un paciente que estaba muy mal y ahí mismo se murió"...."entonces se fueron ellas a pasar la sonda cuando dice \_\_\_\_:Se murió, y nosotras estábamos sentadas en el puesto de enfermería, lejísimos, entonces yo le dije: \_\_\_\_ se murió el paciente de nosotros... y nosotros no sabíamos qué hacer, pues, como... súper bloqueadas, entonces salió la enfermera con el carrito de paro, súper despacio, porque no le querían hacer nada al señor, ... y le tengo mucho miedo a las sondas vesicales, paciente grave, yo lo chuto porque yo no le pongo una sonda vesical porque se me va, y eso tiene que tener alguna cosa que algún día la investigaremos... (Testimonio fuente No 5)*

*Yo tenía como miedo, entonces hasta para hacer una asepsia y era como poco hábil y eso no era normal en mí, fue como un bloqueo de temor, tenía como temor a cirugía y por eso tuve un bloqueo ahí, pienso que no fue sino eso. No fue tan productivo, o sea, se aprendió todo lo teórico y se hizo todo lo práctico: Abrir paquetes, destapar, organizar... por ejemplo el instrumentador nos ponía a instrumentar y nos decía: venga, y nos ponía en la mitad del cirujano y cosas así buenas...sin embargo no*

*me fue bien, de pronto porque estaba nerviosa  
(Testimonio fuente No 5)*

La curiosidad como un afecto importante en la medida en que invita a la indagación y la investigación, se presentó esencialmente en aquellas prácticas donde el estudiante se enfrenta a situaciones con las cuales no está familiarizado y frente a las cuales puede tener múltiples inquietudes, como son: el cuidado al paciente psiquiátrico, al paciente consumidor de drogas y la gestante en trabajo de parto y parto. Una estudiante expresa:

*El primer parto que llegó, a mí no me tocó, pero yo me fui de metida, pues yo tenía otra mamá en trabajo de parto, pero ella estaba muy bien, yo la tenía ahí lista, entonces no era sino pasarla, entonces yo me fui a brujear el otro parto, me acuerdo que yo me paré a mirar y a mí se me salieron las lagrimas, y la profe me miro y yo le dije: no me diga nada; pues porque así uno haya visto en libros o lo que haya sido... verlo ahí... pues eso a mí me parecía divino, ver salir la cabecita... pues, a uno se lo cuentan en clase, uno puede ver el video, uno puede... pero estar ahí, yo me acuerdo que yo lloré, a mí se me salían las lagrimas, pero era como de la emoción de ver eso tan bonito...  
(Testimonio fuente No 4)*

La tristeza y la compasión son afectos y emociones que se presentan con mucha fuerza en las estudiantes durante las prácticas clínicas, asociadas a la situación de enfermedad de los pacientes, a la experiencia de dolor y de muerte de los mismos, al abandono y la soledad de las personas. Las prácticas de cuidado al anciano sano institucionalizado, cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia, cuidado al niño y adulto hospitalizado, colocan frente a los estudiantes, realidades sociales complejas donde predomina el sufrimiento y la soledad de las personas.

*...me di cuenta que muchos de los pacientes que hay allá, en el Hospital Mental, son personas que han vivido experiencias muy duras, las familias pues... son separados, papás que les pegan a las mamás, pues, son vidas muy duras. También me gustó mucho el trabajo allá porque uno también puede hacer mucho como por ellos (Testimonio fuente No. 2)*

*Yo volví al día siguiente, lo primero que hice fue fijarme en el tablerito buscando a Simón, y ¿qué hicieron a Simón?, no, Simón se murió; y la lagrima así impresionante... yo pasaba por la habitación y yo veía que no estaba Simón y las lagrimas eran impresionantes. Yo me tenía que decir: ubícate por favor, Simón se murió, uno no se puede volver indiferente pero era algo que tenía que pasar, era algo que se veía venir... pero Simón no se me va a olvidar, me acuerdo como estaba, todo lo que le hice... (Testimonio fuente No. 3)*

Dos estudiantes manifiestan la tristeza que les producía el cuidado y la realización de procedimientos a los neonatos:

*Esas pulguitas chiquitas, que a uno le cabían en la mano y verlos que con el epicutáneo, que con la sonda orogástrica, eso a uno que lo bajaba mucho de tono, pero igual pues yo los veía: y estos angelitos; me acuerdo que uno vez estando allá... llegamos y había uno muy enfermito y las jefes decían que ese niño no alcanzaban a durar más, y ese día se murió, yo me acuerdo que yo miraba a una compañerita... las lágrimas ahí mismo, y me tuve que ir, pues yo decía: por qué esta criaturita que no le ha hecho nada a nadie se tiene que morir, y otra gente como tan mala en este mundo sigue, sigue y pelea y, entonces... esa práctica también la disfruté mucho pero era más como el sentimiento de tristeza, era demasiado triste, muy triste. (Testimonio fuente No. 4)*

*Las gemelas en neonatos, unas gemelas que nacieron con sífilis, la mamá era de un estrato menos uno, paupérrima la señora, incluso las iba a dar en adopción, y yo decía, por Dios, estas niñas que culpa tienen, y yo les iba y les cantaba y les hablaba. Incluso ella me dijo a mí: "póngale usted el nombre que yo no las quiero". Entonces yo me sentía también con una ansiedad, y yo ¿cómo que no las quiere si son sus hijas, dos niñas*

*hermosas, cómo las va a dejar ahí. (Testimonio fuente No. 3)*

Otro estudiante narra la tristeza que le producía la situación de los pacientes institucionalizados en hogares geriátricos:

*Vibramos mucho allá, pues con esos ancianos, esas vivencias, se sentía una gran tristeza de ver tanta gente abandonada allá, con esas problemáticas tan difíciles, un anciano pues...que luchó toda su vida por hijos, nietos y de todo, y ahora se encontraba allá solo, era como que a uno como que... salía uno como triste de allá...era muy triste (Testimonio fuente No. 5)*

*En el área de la salud yo siempre he sentido eso, lo de nosotros, alrededor de nosotros siempre hay una gran tristeza, porque es con gente anciana, enferma o abandonada, con gente... con mujeres, con jóvenes enfermos, con enfermedades horribles... es como una gran tristeza... entonces era horrible (Testimonio fuente No. 5)*

Sentimientos orientativos como la solidaridad y la esperanza se presentaron en los estudiantes especialmente en las prácticas de cuidado al anciano sano institucionalizado, hospitalización en salud mental y psiquiatría y cuidado al paciente con problemas de drogadicción y farmacodependencia; esto se explica por la gran vulnerabilidad que tienen estas personas y por la necesidad de ayuda y apoyo que estos pacientes presentan y que las estudiantes pueden ofrecer.

Una estudiante manifestaba como sentía en la práctica de cuidado de enfermería al anciano sano, sentimientos de compasión y solidaridad:

*La práctica que tuvimos en el ancianato no me parece que uno aprenda como mucho allá, pero sí les puede dar mucho a ellos, de acompañamiento, de escucharlos porque son personas que viven muy solas, son como personas muy olvidadas, por esa parte me gustó mucho, el paciente que yo tuve, pues... me dio durísimo dejarlo allá,*

*porque era muy solo, allá las personas son muy solas, y no es tanto de uno ir mirarlos pues y lo que pueda hacer, sino el acompañamiento que uno les pueda dar, ellos con eso son felices. (Testimonio fuente No 2)*

*Pues porque llega a viejito entonces tiene que llegar... váyase a que otro lo cuide, que otro le haga; me parece desastroso, pero igual pasamos muy bueno, a lo último que les hicimos despedida, yo me acuerdo que les llevamos torta, helado, galletas, gorritos, serpentinas, de todo, y hasta bailamos con ellos, por ahí hay fotos, pasamos lo más de bueno, yo me acuerdo que un viejito... estábamos pues así con el pasito de ellos, porque uno cómo más va a bailar con los viejitos, y me va diciendo: ya me dio la tontina, y fue y se sentó, ay más lindo, yo casi me lo como... hermoso. (Testimonio fuente No 4)*

Dos estudiantes narran como la confianza y la esperanza eran sentimientos que les surgieron en las salas de obstetricia:

*También mirar como a esas mamás que tienen un montón de niños que no tienen con qué alimentarlos, pues eso sí es como muy duro, lo cuestiona a uno como acerca de lo que nosotros podemos hacer para evitar que pasen todas estas cosas, pues eso me da es más como tristeza, me cuestiona mucho, me impulsa como a ver uno que más puede hacer ahí para que no pase eso. (Testimonio fuente No 2)*

*...y la muchachita llevada, horrible, pero yo tranquila, abrazaba a la muchacha, le decía que tranquila, que ese era el proceso que tenía que vivir, que iba a tener su bebé y se le iba a quitar el dolor... pues, que eso era un instante, que lo tenía que vivir de la mejor forma, y la muchacha aceptaba lo que uno le dijera... pues, era muy bueno, yo como que tenía el clavito para tratar de que me comprendieran, entonces yo pasé muy bueno en esa práctica. (Testimonio fuente No. 5)*

Otra estudiante expresa los sentimientos que le generó la práctica en el Hospital Mental:

*Al Mental ya les dije que iba muy prevenida pero me pareció una rotación que uno aprende demasiado de los pacientes, pues que uno aprende a valorar lo que tiene,*

*que son pacientes que te enseñan muchísimo en medio de su locura, pues en medio de su problemática, enseñan demasiado, demasiado. (Testimonio fuente No 3)*

*A nivel personal esa práctica me dejó muchísimas cosas, uno valora lo que tiene, se da cuenta que a pesar de que está enfermita te necesita, de que se va a morir en dos días o que le va a dar el paro... pues... es gente que necesita más afecto que cualquier otra cosa. (Testimonio fuente No. 3)*

Durante las prácticas las estudiantes presentan una serie de afectos, sentimientos y emociones que se consolidan como "negativos" en la medida en que no les aportan crecimiento en humanidad pero que son de alguna manera, manifestaciones de aquellos asuntos que les disgusta y les produce rabia. Estos sentimientos están muy asociados, más que al tipo de práctica, a la relación establecida con la docente de práctica.

Algunas de las estudiantes se manifestaron con relación a los sentimientos "negativos" que les generó la docente de práctica:

*...yo no soy una persona rencorosa y guardo rencor a la docente... es una docente que no, no me parece que tenga una metodología de enseñanza adecuada, pues, a mi me trató de bruta y yo no me considero bruta, sí, a uno le hace falta mucho conocimiento ¡es verdad!, uno no se las sabe todas, pero para decirle a una estudiante: eres bruta, no, no mira, te falta esto, esto y esto; muchísimas cosas, esa docente generó muchísimas cosas en mi, fue una práctica horrible. (Testimonio fuente No 1)*

*Porque el trato no fue agradable, por muchas cosas que la docente hizo que en mi se despertara eso que nunca había sentido, rabia, pues rabia que uno siente y se le pasa, pero el rencor y la rabia y que maluco levantarse para ir a esa práctica y llorar por rabia... eso no. (Testimonio fuente No 1)*

*A ver, con la docente se veía mucha preferencia para con una estudiante del grupo en el que yo estaba, pero*

*conmigo no era mala clase, no era nada, pero había otra... o sea, se mostraba mucha preferencia por una estudiante y a la otra la trataba horrible, entonces a mi eso no me gusta, porque igual todas somos estudiantes, que porque una tenga más o no se, o sepa más... entonces no me gustaba como ver eso así, me daba rabia con ella y no me gusta. (Testimonio fuente No 2)*

Dos estudiantes expresaron lo que esperaban de la docente de práctica y que no obtuvieron, generándose sentimientos de rabia:

*...porque era por la profesora que no era como muy, pues, no lo motivaba mucho a uno, porque uno llegaba... pues ahí porque estaba el otro profesor, pero con esa otra señora, pues uno llegaba, uno se podía perder todo el día y esa señora, se lo juro, no se daba cuenta, incluso nosotros nos perdíamos mucha parte de la mañana, nosotros le decíamos: nos vamos a ir a desayunar, y pasábamos al frente que había pues como un restaurantito, eran qué, 9:00am, nosotros llegábamos a las 10:30 u 11:00am y ella ni se daba cuenta, no se daba cuenta que uno se iba, porque ella se iba para la parte de atrás que hay como una piecitos y allá se metía a fumar, era así... (Testimonio fuente No 4)*

*Ella me decía pero mire usted como trata a la gente, y yo: no, es que si usted va a ser docente usted tiene que tener muchos conocimientos, por lo menos estudie, pues por lo menos siéntese a estudiar lo que no sepa, yo soy conciente que uno no se las sabe todas, pero siéntese a estudiar, no sea descarada, usted llega allá dizque a enseñarnos a nosotros, a orientarnos, y no da nada, no, es que eso es el colmo, eso no tiene presentación; entonces fue súper teso. (Testimonio fuente No 5)*

Los sentimientos orientativos de desconfianza, indiferencia, aversión y antipatía se presentaron en prácticas como Urgencias, cirugía y Escuela saludable, asociados al poco gusto por estas prácticas y la actitud dominante o a veces brusca del docente en el trato con el estudiante, durante el desarrollo de algunas de ellas.



*Esa señora me generaba mucha desconfianza, y yo: juemadre yo estoy con una profesora que no sabe nada, que estoy aquí que me ayuda, porque hay otro que sí sabe, que le encantan los ancianitos y que se mete como en este cuento, pero a la otra le da lo mismo que el señor se bañó, que no se bañó, que hizo, que no hizo... muy aburridora esa práctica por la profesora, que sino hubiera esta ahí otro docente esa práctica hubiera sido todo un desastre, entonces... (Testimonio fuente No 4)*

*... y podía saber muchísimo, y podía ser una tesa, pero yo no le creía absolutamente nada; la forma de ir el pelo... que pesar!, pues, no sé que dificultades tendría ella pero de esas cosas que yo decía: ese pelo no se lo lava hace por ahí 15 días; entonces yo decía: no, yo que lo voy a creer a una señora de estas; el desorden... estábamos haciendo citologías y ella se metía allá con el pelo así. (Testimonio fuente No 3)*

Una estudiante manifiesta sus emociones con respecto a aquellas prácticas que no lograron motivarla:

*Hay prácticas en las que uno dice qué pereza, pero es porque a uno no le gusta el tema. (Testimonio fuente No 3)*

*Programas no es lo que más me gusta, P y P me parece como maluco, hablo maluco porque no es mi mundo, me parecen muy monótonas las rotaciones de P y P, pero me ha ido bien, a pesar de que no es lo que más me gusta, yo creo que el ánimo y como el entusiasmo que los profesores le imprimen a eso, hace que se aprenda y que se disfrute la rotación mientras se está en ella. (Testimonio fuente No 3)*

El aburrimiento como emoción se presentó en los estudiantes en algunas prácticas, asociado a la actitud del docente de práctica, la metodología de enseñanza y aprendizaje implementada por este y al poco conocimiento que se tenían acerca de los contenidos de los cursos en cuestión. La causa de la aburrición también fue dada por el campo de práctica y el tipo de paciente, sujeto de cuidado.

Dos estudiantes expresan los sentimientos producidos a partir de las dificultades presentadas durante las prácticas:

*En pediatría tuve un problema en mi rotación de hospitalización, pues yo creo que ustedes saben con quien fue, no sé qué pasó con ella pero en mi vida había rotado con \_\_\_\_\_, no sé si no había empatía, yo la veía a ella y me daba miedo, me daba temor, me generaba estrés, y sabiendo que a mí me encanta pediatría, mi rotación fue lo más estresante del mundo entero. (Testimonio fuente No 3)*

*Una vez metí las patas en una cirugía: todo el campo estéril así la cosa más linda y el médico necesitaba que... pues era un separador y él lo amarró con una gasa y entonces uno lo tenía que amarrar de debajo de la mesa y entonces me dijo: me hace el favor, y claro, entonces voy yo y cojo de aquí cerquitica donde está el campo estéril, y él mi miro, y yo: ay, y yo ahí mismo lo solté, y él lo dejó caer, y yo: no, yo ya voy por otra gasa..." "Quede como un zapato, porque entonces estaba el anesthesiólogo, el estudiante del anesthesiólogo, el cirujano, la instrumentadora y como otros dos estudiantes de medicina, claro, entonces la boba de enfermería que metió las patas, qué dirán, esta no sabe, no sabe, no sabe, ahí, uno ahí se sintió como bruto, lo miraron: bruto, no sabe, contaminó, pero...esto me generó mucha aburrición. (Testimonio fuente No 4)*

El asco como un afecto que surge de la negación y no gusto por algunas situaciones y en enfermería, especialmente por el manejo de secreciones y fluidos desagradables, de mal olor y consistencia, se presentaron en aquellas prácticas de cuidado al adulto y al anciano. Llama la atención como los estudiantes no manifestaron este mismo afecto en el desarrollo de actividades de higiene a los niños y las gestantes. Estas estudiantes expresaron los sentimientos de asco generados por la realización de una curación y la colocación de una sonda vesical a un paciente:

*La primera curación que hice, que fue en medicina interna...y tenía unas escaras, unas cavernas, yo me acuerdo, a mí toda la mano me cabía, y tenía bolsillos, entonces sí me acuerdo que \_\_\_\_\_ me decía: meta bien la mano para poder limpiar todo, vea, yo hacía los deditos de los pies así, pues yo sentía como si me doliera a mí, y yo me acuerdo que yo lo miraba a él y él solamente cerraba los ojos, entonces yo lo limpiaba con salino y con vinagre, que con eso era que aquí en la clínica hacíamos las curaciones... y yo limpiaba eso, era horrible, esa curación. (Testimonio fuente No 3)*

*Vamos a hacer la curación, y claro entonces a la única como que cogía de parche era a mí... y yo: otra vez la curación, la curación no, la curación no, era horrible...que asco. (Testimonio fuente No 3)*

*La primera sonda vesical que uno coloca, a uno sí le da como: ay! era más como el hecho de introducirla, pues no el hecho de hacer la asepsia, eso a mí no, sino como introducirla... como ese fastidio. (Testimonio fuente No 4)*

Por último es necesario resaltar el papel primordial que cumple la actitud del docente frente al estudiante, durante la práctica, para el logro de los propósitos de formación. Se puede corroborar la tesis planteada por José Luís Medina acerca de la importancia que el estudiante le confiere al docente, para el logro de las metas de aprendizaje, influyendo en este: el conocimiento que el docente tiene de los contenidos teóricos correspondientes a la práctica, el dinamismo que el docente impone a la misma, la motivación del docente frente a la práctica y a la capacidad del docente de relacionarse con el estudiante desde el respeto y la calidez. Los estudiantes expresan satisfacción o insatisfacción en su proceso de aprendizaje, dependiendo del actuar del docente. Puede generarle temor e inseguridad o darle confianza y disminuir sus temores y angustias y motivarlo para aprender.

Los profesores como que de pronto pueden meter un poquito de temor... uno como que se asusta y dice: Dios mío, tengo toda esta responsabilidad en mis manos!, pero después ve uno la lucecita, que el profesor está al lado tuyo, que no vas a estar sola, que tenés seis compañeras más en las que te podés apoyar, que aparte de las seis compañeras está el personal de las instituciones que por lo general es un personal que de una u otra forma ayuda. (Testimonio fuente No. 3)

Iba con muchísimo susto cuando iba para gineco con \_\_\_\_\_ porque era mi primera rotación y en programas habían dicho: no, ella es súper cansona, pregunta y pregunta y pregunta y vuelve y te pregunta, pero no, me doy cuenta que pregunta lo necesario, lo que cree que está fallando... pregunta porque alguien está fallando en esto. Se aprendió mucho, \_\_\_\_\_ genera estrés en ciertos momentos, sabe tanto que uno dice: por Dios, voy a meter la pata y qué va a pensar esta señora, porque es lo único que piensa uno en la rotación, en qué va a pensar la profesora, pero no, dos, tres días de estar rotando uno se da cuenta que las cosas cambian, que hay paciencia, que hay un buen acompañamiento, que vos tenés dudas y te dice: relájate, yo te explico... es que uno va muy prevenido. (Testimonio fuente No. 3)

Un estudiante manifestó el como la docente y su comportamiento cotidiano se convierte en un momento dado, en un modelo de profesional de enfermería a seguir:

La presencia de ella impacta, que respeto, porque se mantiene organizadita, es pendiente de lo que va a hacer, de lo que tiene que hacer, cómo lo va a hacer, paciente impresionante, la mujer más paciente del mundo entero, excelente docente porque te explica y si no sabés no es de las que te dice: ya perdiste, rotación cero. (Testimonio fuente No. 5)

Entonces fue una práctica muy bonita, muy bonita, con una docente muy comprensiva, tranquila, como una mamá, muy protectora, alrededor de todos los casos, con los procedimientos que había que hacer... como había tanto temor porque no lo sabían hacer o porque era muy nuevo, pues, siempre uno tuvo muy buen acompañamiento. (Testimonio fuente No. 5)

*Entonces de todos modos tenía que seguir porque los proyectos de mi vida estaban alrededor de esto, entonces continué con la carrera... eso era lo que yo quería ser: ser enfermera toda la vida. (Testimonio fuente No. 5)*

## 7. DISCUSIÓN FINAL

Los resultados de esta investigación ofrecen información nueva y relevante en cuanto a las emociones y los sentimientos que pueden presentar los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas; diversas investigaciones realizadas en otras latitudes hablan de sentimientos de tristeza, ansiedad y miedo en los estudiantes de enfermería, asociados al cuidado de personas enfermas y con sufrimiento físico o emocional; sin embargo en estos estudios nacionales e internacionales con propósitos parecidos a los de esta investigación, no se ha indagado por las emociones y sentimientos de los estudiantes en las prácticas orientadas al cuidado de las mujeres gestantes, los niños y los adolescentes. Este aspecto marca una diferencia importante entre los hallazgos de esta investigación con relación a las realizadas en otros países y contextos en la medida en que se puede concluir que la experiencia de las prácticas clínicas para las estudiantes de enfermería de la UPB, en un buen porcentaje, han sido positivas, les han generado sentimientos de bienestar, alegría, gozo y satisfacción con el rol de cuidadores.

Los estudiantes de Enfermería durante la realización de sus prácticas clínicas afrontan múltiples situaciones. Estas realidades no únicamente se relacionan con el logro de habilidades y competencias fundamentales en su proceso de formación profesional y personal, también son mediadas por su componente afectivo, sentimental y emocional al momento de interactuar con los pacientes.

La alegría, la felicidad, la simpatía, la curiosidad, el amor y el gozo aparecen como emociones y sentimientos de primer orden en los estudiantes de enfermería, durante el desarrollo de las prácticas clínicas asociadas al contacto permanente con la salud y la vida; además a la satisfacción de brindar a través de las actividades de enfermería, ayuda y acompañamiento a los sujetos cuidados.

La ansiedad, la tristeza y el miedo son afectos que también se presentan en los estudiantes de enfermería asociados al cuidado permanente de personas enfermas, individuos con desórdenes mentales, adultos mayores y en situación de amenaza de la vida como sucede en las prácticas de urgencias. Existe una concordancia importante entre los resultados presentados en esta investigación y lo encontrado en otras indagaciones, como la realizada en la Escuela de Enfermería de Donosita (España) en el cual se identificó que una de las causas de estrés para los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas "se derivan del contacto con el sufrimiento". La presencia de este tipo de emociones y sentimientos en los estudiantes de enfermería durante las prácticas ya enunciadas, es comprensible en la medida en que confronta a los estudiantes con realidades humanas como la muerte inevitable, los procesos de envejecimiento y las bajas probabilidades de recuperación de la salud en personas que padecen de enfermedades crónicas y/o degenerativas.

En otro estudio realizado en la Universidad de Almería (España) se identificó que la principal razón del miedo de los estudiantes durante la práctica tiene que ver con el "cometer errores con los pacientes y a contagiarse de alguna enfermedad", percepción que puede ser válida en la medida en

que el cuidado del adulto y anciano puede producir estas dos situaciones anunciadas anteriormente, en los estudiantes. Otro estudio realizado en Lima (Perú) sobre las emociones y sentimientos de los estudiantes al asistir a prácticas a una Institución psiquiátrica, arrojó un resultado de miedo, alegría, aversión y tristeza, lo que coincide con los resultados de esta investigación en la cual las prácticas de cuidado al anciano sano institucionalizado, cuidado al paciente con problemas de drogadicción y fármacodependencia y en situaciones de urgencias les genera a los estudiantes de enfermería de la UPB, tristeza y miedo. Estos resultados son comprensibles si se consideran las representaciones sociales existentes en la cultura acerca del comportamiento del paciente con desordenes mentales; en términos generales la enfermedad mental se asocia a "individuos agresivos" y "personas con pérdida de la conciencia como seres de humanidad", lo que genera temor a los cuidadores que toman contacto con este tipo de pacientes.

Este estudio también coincidió con los resultados presentados en un artículo de la revista "Avances en psiquiatría biológica" sobre la depresión en los estudiantes de enfermería, en el cual se señala el como los estudiantes identifican el primer día de práctica clínica como una fuente desencadenante de ansiedad; en esta investigación se encontró de igual manera que la ansiedad es un afecto que se presenta en un porcentaje importante en la práctica de atención básica (1ª práctica) y en la práctica de urgencias desarrolladas por los estudiantes de enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana. La explicación que puede darse a esta coincidencia entre ambos estudios es que este tipo de prácticas, por ser novedosas, donde el estudiante debe actuar con premura y



asertividad, en las cuales el alumno se enfrenta al desarrollo de nuevos procedimientos para el cuidado enfermero, generan en estos, gran expectativa y temor.

Un aspecto importante a resaltar en esta investigación es la baja frecuencia con que se presentan en los estudiantes emociones, sentimientos y afectos "negativos" como son el asco, el odio, el desprecio, la indignación, el remordimiento y la vergüenza. De alguna manera podría plantearse que las prácticas clínicas como parte del proceso académico de las estudiantes de enfermería, han sido una fuente de bienestar y crecimiento emocional para las mismas.

Como dificultades para el desarrollo de la investigación se encontró la falta de una taxonomía unificada acerca de las emociones y los sentimientos. En la medida en que diferentes ciencias y disciplinas como la filosofía, la psicología, la psiquiatría, la antropología, entre otras, han abordado el estudio y la reflexión sobre estos, se presentan diversas maneras de abordarlos conceptualmente. Por esta razón las investigadoras optaron por acogerse a un enfoque teórico determinado para el desarrollo del estudio.

A partir de esta investigación, en la cual se ha encontrado de manera significativa las emociones y los sentimientos que presentan los estudiantes de enfermería de la UPB durante las prácticas clínicas, se hace necesario propiciar una reflexión y discusión en la comunidad académica docente, encaminada al diseño de estrategias y el fomento de actitudes en los profesores, que hagan de las prácticas, fuentes de bienestar, desarrollo personal y alegría para los estudiantes. Es claro desde la pedagogía, que situaciones de

ansiedad, estrés, temor, rabia y desmotivación en los estudiantes son factores que impiden por parte de estos una mayor apropiación de los conocimientos y el desarrollo de las competencias necesarias para un adecuado desempeño disciplinar y profesional. Si el profesor conoce sus estudiantes, sus necesidades, intereses, dificultades, aptitudes y actitudes, puede orientar de una manera individual su proceso educativo. Se convierte así en un apoyo, que guía, asesora y acompaña. El docente ha de ser un educador y no únicamente un transmisor de información, actuando como un buen modelo de desarrollo profesional.

Los resultados de esta investigación deben ser a la vez, fuente de análisis y discusión al interior del comité de currículo del Programa, en la búsqueda de una mayor coherencia interna y articulación entre la Misión, la Visión, los valores y el modelo pedagógico Institucional y del Programa, con lo que se presenta cotidianamente en la relación docente - estudiante, teoría - práctica, enseñanza - aprendizaje en la Facultad de Enfermería de la UPB. Además, es importante, desde la gestión administrativa del programa de Enfermería y para los procesos de selección y admisión de los docentes, el diseño del perfil de docente que necesita cada una de las prácticas, ya que es de sentido común considerar que no todos los docentes, por el hecho de ser profesionales de enfermería, se desenvuelven de igual manera en todas las prácticas de cuidado. Prácticas como Urgencias, Cirugía y Trabajo de parto y parto implicaran la presencia de un docente con unas características personales y del temperamento que posibiliten el manejo del estrés, la ansiedad y el miedo de los estudiantes durante la rotación. Prácticas de Cuidado al anciano sano y del adulto enfermo, implicaría tener un docente con gran madurez personal y

estructuración psicológica y afectiva para ayudar y acompañar al estudiante a entender los procesos de sufrimiento y muerte de los pacientes. Las prácticas de cuidado a la mujer, al niño y adolescente ameritarían docentes con una gran afinidad emocional y conceptual por el cuidado a los niños y las gestantes.

Las investigadoras proponen como estrategias de intervención en el proceso de enseñanza- aprendizaje del cuidado de enfermería que lleven a la consideración de las emociones y los sentimientos de los estudiantes durante las prácticas clínicas las siguientes:

- Diseño e implementación de un plan de acompañamiento académico para las estudiantes durante el desarrollo de las prácticas clínicas que posibilite el seguimiento cercano de los afectos, las emociones y los sentimientos que presentan las estudiantes cuando toman contacto con los pacientes y sus diferentes realidades humanas y de salud. Prestar una mayor atención a las vivencias cotidianas de los estudiantes.
  
- Diseño e implementación de un modelo de inducción para los estudiantes antes de iniciar cada una de las prácticas y que sea de obligatorio desarrollo por las docentes, con los propósitos de: evaluar el estado emocional de las estudiantes antes del inicio de las prácticas, motivar al estudiante frente al desarrollo de las mismas, presentar la planeación de la práctica por parte del docente la cual infunde al estudiante seguridad y confianza en la medida

en que percibe que el docente "sabe para donde va" y "ejerce el control del proceso educativo y pedagógico".

- Desarrollar el perfil académico, profesional, psicológico y actitudinal del docente que necesita cada práctica, de acuerdo a las características específicas de las mismas para que este desempeñe la labor de facilitación del aprendizaje de una manera idónea y asertiva. Modificar el rol del docente universitario quien ha de sustituir su función de transmisor del conocimiento por el de orientador del aprendizaje, asesor y tutor de los estudiantes en la búsqueda y construcción autónoma del conocimiento.
  
- Definir desde la Dirección del Programa de Enfermería de la UPB, que las docentes en la planeación administrativa de la práctica, contemplen momentos de reflexión y conversación de las emociones, sentimientos y afectos que se han generado en las estudiantes, a partir de la experiencia de contacto y cuidado de los pacientes asignados. Con esta actividad se puede propiciar el desarrollo de la inteligencia emocional de los estudiantes en la medida en que un profesional de enfermería que no tiene claridad acerca de sus problemas, corre el peligro de que los proyecte en el paciente; verá en la comunicación terapéutica con los otros, sus propios conflictos personales y afectivos.
  
- Motivar a los docentes para que durante la fase teórica de cada uno de los cursos teórico-prácticos, los estudiantes

desarrollen guías de aprendizaje encaminadas a vincular el aprendizaje afectivo y la inteligencia emocional al aprendizaje cognitivo y temático de los cursos en cuestión.

- Evaluar de manera permanente las diferentes prácticas por las cuales rotan los estudiantes así como las condiciones de los campos de práctica, evaluación encaminada a estimar el impacto personal y emocional en los estudiantes, de las prácticas en relación con los campos de rotación. A modo de ejemplo, hace unos años las estudiantes de 7° semestre, rotaban en la práctica de "Cuidado al niño y adolescente hospitalizado" en un servicio de pediatría oncológica. Al finalizar el semestre se visualizó la inconveniencia de rotar por este servicio hospitalario, por los niveles de angustia y tristeza que ésta práctica generó en los estudiantes (por la vivencia cotidiana de la muerte infantil), produciendo un efecto negativo en los procesos de enseñanza y aprendizaje del curso en cuestión.

Por último, la tarea de generar e implementar estrategias metodológicas que consideren la realidad afectiva y emocional de los estudiantes durante las prácticas clínicas se consolida además, como un imperativo ético encaminado a la construcción de relaciones entre los seres humanos, llámese estos docentes, estudiantes, pacientes, familiares de los pacientes, equipo de salud, entre otros, de crecimiento personal, fraternidad, solidaridad y misericordia.

## BIBLIOGRAFÍA

Alemán, S., Calvo, F., Ojeda, B. y Díaz, J. (1998). Las prácticas de enfermería ¿crecimiento o deterioro? Situación de los alumnos previa a las prácticas. *Enfermería Científica* 194-195:25-30. Extraído el 30 de marzo de 2009 desde <http://www.enfermeriacientifica.com>

Alves, J.L, Alves, M. y Pineda, J. (2007). Evaluación de los estados emocionales de los estudiantes de enfermería. *Revista Index de Enfermería*, V.16 (56): 26-29. Obtenido el 30 de marzo de 2009 desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1132-12962007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Arnold, M. (1960). *Emotion and Personality*. New York: Cassel.

Brykczynsky, K. (2003). Patricia Benner: de principiante a experta. En A. Tomey (ed), *Modelos y teorías de enfermería* (pp. 165-185). Madrid: Elsevier.

Bulbena, A. (1991). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo (ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp.188-190). Barcelona: Salvat Editores.

Campos, A., Cardoso, M.V. y Barroso, M.G. (2002). Vivencia de la enseñanza- aprendizaje, teoría y práctica, en el sistema de alojamiento conjunto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 3(1): 73-77. Extraído el 16 de marzo de 2009 desde <http://www.google.com.co>

Cerna, E.L. (2007). *Emociones que experimentan los estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M. frente a la atención de los pacientes del Instituto Especializado Honorio Delgado Hideyo Noguchi*. TESIS para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú [en línea]:

[http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/cerna\\_te/html/index-frames.html](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/cerna_te/html/index-frames.html) [Consulta: 21 de febrero de 2010]

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

Cortes, R. (2005). Depresión en estudiantes de enfermería. *Revista Avances en psiquiatría biológica*, V.6: 126-138. Obtenido el 21 de febrero de 2010 desde <http://www.google.com.co>

Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace and Co.

Darwin, C. (1872). *Expresión de las emociones del hombre y los animales*. Inglaterra: Castell.

Esperidiao, E., Munari y Denize, B. (2004). Holismo sólo en la teoría: la trama de sentimientos del estudiante de enfermería sobre su formación. *Revista Escuela de Enfermería*,

USP; 38(3):332-340. Extraído el 13 de abril de 2009 desde <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>.

Freud, S. (1915). *The Psychopathology of everyday life*. New York: Holt

Galeano, M.E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit

Gray, B. y Smith, P. (1992). *Trabajo emocional y la configuración clínica de enfermería atención: las perspectivas de enfermeras en el Este de Londres*. Centro de investigación en enfermería y obstetricia, Universidad de Surrey, Surrey, Reino Unido. Obtenido el 30 de junio de 2009 desde <http://localhost/officetrans/DocServer.aspx?Docid=78a5f803>.

Gutiérrez, M.I., Latorre, I. (2002). Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes del primer curso. *Revista Metas de enfermería*, 4(49):50-53. Obtenido el 30 de marzo de 2009 desde <http://www.enfermería21.com>

Heller, A. (1989). *La teoría de los sentimientos*. México: Fontamara.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.



Hoyos, T., Morales, R., Noreña, C., Salazar, A. y Saldarriaga, R., (2005). *La Experiencia de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Antioquia en la Práctica Clínica*. TESIS de maestría no publicada. Universidad de Manizales y Centro Internacional de Educación y Desarrollo humano, Sabaneta, Colombia.

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Holt

Kenny, A. (1963). *Action, Emotion and Will*. London: Routledge & Kegan Paul.

Lyons, W. (1980). *Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press

Malo, A. (2004). Teoría sobre las emociones. En Fernández, F. y Mercado, J.A. (ed). *Philosophica: Enciclopedia filosófica online*. Obtenido el 21 de febrero de 2010 desde <http://www.philosophica.info/archivo/2007/voces/emociones/Emociones.html>. HTML

Minsky, M. (1987.) *La sociedad de la mente: la inteligencia humana a la luz de la inteligencia artificial*. Buenos Aires.

Medina, J.L. (1998). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Alertes S.A

- Melich, J.C. (2001) *La ausencia del testimonio. Ética y pedagogía en los relatos del Holocausto*. Barcelona: Anthropos
- Melich, J.C. (2002). *Filosofía de la finitud*. Barcelona: Herder S.A.
- Mendoza, A. (1988). *Universidad: pedagogía y política*. Colombia: Tercer mundo editores.
- Nussbaum, M. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pearcey, P.A y Elliott B.E (2004). Student impressions of clinical nursing. *Nurse Education Today*, 24: 382-387. Extraído el 30 de marzo de 2009 desde <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917>
- Peters, R.S. (1972). *The Education of the Emotions*, en AA.VV., *Education and the development of reason*. London-Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Pineda, E.B, De Alvarado, E.L. y De Canales, F.H. (1994). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Ricoeur, P. (1960). *Philosophie de la volonté, II: Finitude e culpabilité*. Paris: Aubier

Rodríguez, A. (2002). *Proceso enfermero*. México: Cuellar.

Salomé, G.M. y Espósito, V.H. (1992). *Experiencias de los Estudiantes mientras cuidan a personas con heridas*. Sao Paulo: Universidad Federal de Sao Paulo. Extraído el 30 de junio de 2009 desde <http://localhost/officetrans/DocServer.aspx?DocId=78a5f803-bb9b-4851-9f9914399a0503>

Sanjuán, A y Ferrer, M.E. (2008). Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas: acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 26, 226-233.

Scott, J.P. (1980). *The Function of Emotions in Behavioral Systems: a System Theory Analysis*, en AA.VV., *Emotion: Theory, Research, and Experience I: Theories of Emotion*. London: Academic Press.

Skinner, B.F. y Holland, J.G. (1961). *The Analysis of Behavior: A program for Self-Instruction*. New York: McGraw-Hill Inc.

Sierra, R. (1988). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

Tomey, A.M. y Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.

Universidad Pontificia Bolivariana (2006) *Proyecto Educativo del Programa de Enfermería*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the Behaviorist View it. «*Psychological Review*», XX: 158-177.

Wittgenstein, L. (1970) *Philosophische Untersuchungen - Philosophical Investigations*. New York: The Macmillan Company.

Vicente Arregui, J. (1991). Descartes y Wittgenstein sobre las emociones. *Anuario Filosófico*, V. 24(2)

Vila, M. y Escayola, A.M. (2001). Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Revista Metas de Enfermería*, 4(40):25-31. Obtenido el 30 de marzo de 2009 desde <http://www.enfermería21.com>

Zupira, X., Alberdi, M.J., Uranga M.J., Barandiarán, M.T. y Sanz, X. (2003). Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Revista Enfermería científica*, 258-259:59-68. Obtenido el 2 de abril de 2009 desde <http://www.enfermeriacientífica.com>

APENDICE A. INSTRUMENTO ENCUESTA

**CINDE – UNIVERSIDAD DE MANIZALES  
MAESTRIA EN “EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO”**

**“SENTIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA DURANTE  
LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS, DESDE LA PERSPECTIVA TEÓRICA DE AGNES HELLER”**

**Respetado estudiante:**

El objetivo de esta investigación es describir los sentimientos que presentan las estudiantes de Enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana, durante el desarrollo de las prácticas clínicas, y que se encuentran en el último año de su formación, desde la perspectiva teórica de Agnes Heller

Las personas sujetos de esta investigación son las estudiantes de enfermería que ya cursaron las prácticas clínicas relacionadas directamente con el aprendizaje del cuidado: estudiantes de 9° y 10° semestre del plan de estudios de Enfermería UPB.

La presente encuesta se realiza con fines de índole académico. No pretende realizar evaluaciones de ningún tipo. Es una encuesta anónima y de carácter voluntario.

Fecha: \_\_\_\_\_ Encuesta No \_\_\_\_\_

**Información General**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted actualmente?. Respuesta: \_\_\_\_\_
2. ¿A que estrato socioeconómico pertenece actualmente? Respuesta: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es su lugar de procedencia? Respuesta: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su estado civil actual? Respuesta: \_\_\_\_\_
5. ¿Con que personas vive actualmente y cual es el parentesco con estas? Respuesta: \_\_\_\_\_
6. ¿Cuántos semestres ha cursado en la actualidad? Respuesta: \_\_\_\_\_















16. Programas (Cuidado al niño y adolescente)														
17. Escuela saludable (Cuidado al niño y adolescente)														

11. ¿Cuál fue la práctica del 4° al 8° semestre que **MAS LE GUSTO** y por que? Respuesta:

12. ¿Cuál fue la práctica del 4° al 8° semestre que **MENOS LE GUSTO** y por que? Respuesta:

Muchas gracias por su colaboración y contribución a esta investigación.

Atentamente:

Maria Patricia Escobar Muñoz. Investigadora

Elvira M. González Mazuelo. Investigadora

## GLOSARIO DE LOS AFECTOS

Alegría	Sentimiento de placer originado generalmente por una viva satisfacción y que se manifiesta con signos exteriores
Tristeza	Estado de ánimo afligido
Miedo	Perturbación del ánimo ante un peligro real o imaginario, presente o futuro
Ansiedad	Estado de inquietud o zozobra del ánimo
Rabia	Ira, enfado, cólera violenta
Disgusto	Pesadumbre e inquietud causados por una desgracia o contrariedad
Asco	Impresión desagradable causada por una cosa que repugna, fastidia o aburre
Vergüenza	Sentimiento penoso de la propia dignidad, ocasionado por alguna falta cometida o por alguna acción o estado deshonesto o humillante. Timidez
Curiosidad	Deseo de saber y averiguar alguna cosa

## GLOSARIO DE LOS SENTIMIENTOS ORIENTATIVOS

Amor	Sentimiento que atrae una persona hacia otra;
Odio	Sentimiento que impulsa a desear el mal de alguien, o alegrarse de su desgracia. Viva repugnancia hacia alguna cosa
Simpatía	Inclinación afectiva motivada por sentimientos de afinidad. Carácter de una persona que la hace agradable y atractiva
Antipatía	Sentimiento instintivo que inclina a rechazar algo o a alguien.
Atracción	Sensación de captar la voluntad o atención de otro.
Aversión	Oposición y repugnancia
Confianza	Seguridad que se tiene en uno mismo, en los otros o en algo
Desconfianza	Falta de confianza en alguien o algo
Solidaridad	Actitud de adhesión circunstancial a la causa o empresa de otros
Indiferencia	Que no presenta en sí ningún motivo de preferencia. De poco interés o importancia
Esperanza	Confianza de lograr una cosa o de que se realice lo que se desea
Desesperanza	No tener esperanza

## GLOSARIO DE LAS EMOCIONES

Felicidad	Situación del ser para quien las circunstancias de su vida con tales como las desea
Gozo	Sentimiento de placer originado generalmente por una viva satisfacción o por la esperanza de obtener cosas halagüeñas y apetecibles
Devoción	Veneración y fervor religioso, predilección, entrega.
Humildad	Ausencia completa de orgullo. Sumisión voluntaria por conciencia de la propia incapacidad
Conmoción	Perturbación violenta del ánimo. Enternecer, mover a compasión
Compasión	Sentimiento de lástima hacia el mal o desgracia de otros
Pena	Sentimiento hondo de tristeza producido por algo desagradable. Dolor.
Remordimiento	Dolor moral causado por la conciencia de haber hecho una mala acción
Desprecio	Desestimar, desdeñar, tener a menos, omitir
Indignación	Enfado o disgusto vehemente contra una persona, cosa o situación
Impotencia	Sensación en la cual se siente que no se tiene el poder o la potencia para hacer alguna cosa
Aburrimiento	Fastidio, tedio, cansancio, molestia

## APENDICE B. CONSIDERACIONES ETICAS

La investigación "EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CUIDADO, DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA", tiene como propósito principal describir los afectos, sentimientos orientativos y las emociones que se presentan en las estudiantes de enfermería cuando asisten a las prácticas clínicas que se realizan durante su proceso de formación. Al tener la enseñanza de la Enfermería como principal método el "Aprender haciendo", las estudiantes de enfermería aprenden el cuidado, cuidando.

Estas prácticas de cuidado generan una serie de sentimientos en las estudiantes de acuerdo a la edad del sujeto cuidado, la realidad humana que enfrenta, la situación psicosocial que lo atraviesa, entre otras.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó como principal técnica de recolección de la información la encuesta estructurada la cual fue de carácter anónimo en la medida que se solicitó a los participantes no dar su nombre ni identificación

En la presente investigación se tuvo en cuenta los tres principios éticos que regulan la conducta ética: el principio de beneficencia, respeto por la dignidad humana y el principio de justicia (que se presentan en el Reporte Belmont y en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, acerca de la investigación en seres humanos)

Se mantuvo el principio de beneficencia en la medida en que los riesgos generados en esta investigación no excedieron los posibles beneficios humanitarios, académicos y científicos, del conocimiento que se deseaba obtener. Es importante tener claro que las relaciones establecidas entre el investigador y las personas participantes en el estudio no fueron utilizadas para otros fines diferentes estipulados por la investigación y que las personas que participaron en este no recibieron ninguna retribución económica ni en dinero ni en especie ya que los beneficios son de índole social.

El principio de respeto por la dignidad humana se conservó en la presente investigación en la medida en que se estableció el derecho a la autodeterminación de cada uno de los participantes de colaborar en esta de una manera libre y autónoma, no realizando sobre los participantes ningún tipo de presión personal o social.

Aún habiendo tomado la decisión de participar en el estudio, las personas que participaron en este y a las cuales se les realizó la encuesta, pudieron en cualquier momento retirarse y no seguir participando, sin que se ejerciera sobre ellas ningún tipo de castigo, sanción o represalia.

Los participantes pudieron rehusarse a responder sobre aspectos que podían vulnerar su intimidad y la expresión de sentimientos fue de manera espontánea y libre.

En ningún momento se establecieron juicios de valor sobre lo expresado por los participantes y se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida. Esta investigación no desarrolló un cuestionamiento a la competencia académica, ética y humana de las estudiantes que participaron en ella.



El grupo de investigación tomó las medidas pertinentes para mantener en el anonimato a las personas participantes en el estudio para así mantener la privacidad de estas, no publicando nombres o datos que perjudicaran a los participantes en un futuro.

Se contempló el principio de justicia ya que las personas participantes del estudio tuvieron un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación en el estudio. Las estudiantes participantes en el estudio tuvieron derecho a conocer en su respectivo momento los resultados de la investigación.

Se elaboró con cada uno de los participantes el consentimiento informado, en el cual el participante manifestó su decisión de participar libremente en la investigación. Además se les informó previamente todo lo relacionado con el proceso de investigación (justificación, objetivos) aclarándose dudas e inquietudes frente a la misma.

Se pactó con cada uno de los participantes los tiempos y momentos de participación en proceso investigativo, siendo definidas las fechas y las horas en las cuales se aplicaron las encuestas.

Se les informó además acerca de la posibilidad de hacer públicos los hallazgos y la forma de divulgación de los mismos.

APENDICE C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LAS ENTREVISTAS

Título del Proyecto de Investigación: "EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL ÁREA DE CUIDADO, DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA"

Investigadores: María Patricia Escobar Muñoz y Elvira Margarita González Mazuelo

Nombre del/la Entrevistado/a:

\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad (\_\_\_\_\_ años), con Documento de identidad No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_

DECLARO:

Que las señoras \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

(Investigadoras), me han invitado a participar como entrevistado/a, en un estudio que busca aproximarse a la comprensión de las emociones y los sentimientos que presentan los estudiantes de Enfermería durante las practicas clínicas en el desarrollo de su proceso de formación como cuidadores/as.

Que las investigadoras me ha proporcionado la siguiente información:

- El estudio busca describir las emociones y sentimientos que presentan las/los estudiantes de Enfermería de la UPB, durante las prácticas clínicas.
- La entrevista será individual, con preguntas abiertas, que requerirán de mi parte hacer narraciones sobre la experiencia afectiva en mi rol de cuidador/a a las diferentes personas durante las prácticas clínicas.
- Los resultados de la investigación serán comunicados en forma escrita y oral y se usarán exclusivamente para fines académicos, es decir, solamente serán comunicados en publicaciones científicas o de divulgación institucional, y en eventos académicos.
- La información obtenida de la entrevista y del estudio será confidencial, mi nombre no aparecerá como tal y se me asignará un nombre ficticio que identificará mis narraciones. Así mismo, los nombres de las personas o instituciones a las que pueda hacer referencia en mis relatos, serán sustituidos para garantizar la confidencialidad de estas.
- Se me ha proporcionado suficiente claridad de que mi participación es totalmente voluntaria, y que ella no implica ninguna obligación de mi parte con la investigadora ni con los programas o instituciones que ella pueda representar.
- Se me ha dicho que no se establecerán juicios de valor acerca de lo que pueda expresar en un momento dado y no cuestionará mi competencia académica, ética, humana y técnica en el ejercicio de la Profesión de la Enfermería.
- Se me ha informado que en cualquier momento puedo retirarme del estudio y revocar dicho consentimiento. Sin embargo, me comprometo a informar oportunamente a las investigadoras si llegase a tomar esta decisión.
- Igualmente he sido informado/a que el resultado de la entrevista a que de lugar este proceso que indaga sobre mis emociones y sentimientos, no compromete a la investigadora ni a las instituciones que ellas puedan representar, en procesos de tipo terapéutico.

- Se me ha informado que aunque el objeto de estudio es la afectividad y que para ellos habrá preguntas que requieran narraciones extensas y profundas, se tendrá especial cuidado en no forzar ni violentar mi intimidad, y que tengo derecho a detener o postergar la conversación o la entrevista, si considero que mi estado emocional no me permite continuar y hasta tanto me sienta mejor, como también a revisar y depurar el borrador de la información recolectada antes de ser publicada.
- Acepto que la participación en dicho estudio no me reportará ningún beneficio de tipo académico, material o económico, ni se adquiere ninguna relación contractual con el equipo de investigación.
- Se me ha informado que en el momento oportuno podré acceder a los resultados de la investigación y conocer el informe final de esta.
- Para la realización de la entrevista hemos hecho los siguientes acuerdos: se realizará una entrevista en el lugar, hora y fecha previamente acordados.
- Doy fe, de que para obtener el presente Consentimiento Informado, se me explicó en lenguaje claro y sencillo lo relacionado con dicha investigación, sus alcances y limitaciones; además que en forma personal y sin presión externa, se me ha permitido realizar todas las observaciones y se me han aclarado las dudas e inquietudes que he planteado; Tendré copia de este consentimiento.

Dado lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance de la investigación, y mis derechos y responsabilidades al participar en ella.

En constancia firmo:

---

Nombre

---

Documento de identidad.

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_