

**LA EXPERIENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**TERESA NURY HOYOS DUQUE
ROSMERY MORALES ARZUZA
CIELO AMPARO NOREÑA QUICENO
ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA
ROSALBA MARÍA SALDARRIAGA ELORZA**

**CONVENIO UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CINDE
SABANETA
2005**

**LA EXPERIENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**TERESA NURY HOYOS DUQUE
ROSMERY MORALES ARZUZA
CIELO AMPARO NOREÑA QUICENO
ÁNGELA MARÍA SALAZAR MAYA
ROSALBA MARÍA SALDARRIAGA ELORZA**

**Trabajo de investigación para optar al título de
Magíster en Educación y Desarrollo Humano**

Asesora

María Teresa Luna Carmona

Profesora Maestría en Educación y Desarrollo Humano

CONVENIO

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y
DESARROLLO HUMANO**

SABANETA

2005

A nuestras familias que nos apoyaron en los momentos difíciles y que confiaron siempre en nosotras.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, por su disposición para participar en la investigación.

Doctora María Teresa Luna Carmona, asesora de la tesis.

Doctoras Edelmira Castillo Espitia y Carmen de la Cuesta Benjumea, por su orientación para el análisis de la información y elaboración del documento escrito de la investigación.

Ofelia Roldán Vargas, directora de postgrados.

Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano

ÍNDICE

RESUMEN ANALITICO EDUCATIVO	1
INTRODUCCIÓN	20
1. OBJETIVOS	
1.1 OBJETIVO GENERAL	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2. APROXIMACIÓN TEÓRICA	22
2.1 Nociones	24
2.1.1 Experiencia	24
2.1.2 Vivencia	25
2.2 Enfermería como profesión	27
2.2.1 Contexto de la práctica de la enfermería	28
2.2.2 Formación en enfermería.	30
2.3 Estudios sobre la práctica clínica	33
3. METODOLOGÍA	
3.1. Referencia teórica del enfoque cualitativo.	40
3.2. Diseño del estudio.	42
3.2.1. Acceso y recolección de los datos	42
3.2.2. Análisis de los datos	43
3.2.3. La escritura	44
4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	

4.1 La brecha entre la teoría y la práctica	45
4.1.1 Aprendizaje contextualizado	46
4.1.2 Articulación curricular	52
4.1.3 Modelo pedagógico	57
4.2 El escenario de práctica	64
4.2.1 Relaciones con el equipo interdisciplinario	68
4.2.2 Identidad profesional	75
4.2.3 El saber del enfermero vs la habilidad del auxiliar de enfermería en el aprendizaje del estudiante	78
4.2.4 La interacción comunicativa en el proceso de cuidado desde una perspectiva subjetiva e intersubjetiva	80
4.2.5 El estudiante frente al proceso salud-enfermedad, vida-muerte	86
4.3 El profesor: ¿un 'instrumento o herramienta' para el aprendizaje del estudiante?	94
4.3.1 El profesor que apoya y la dependencia del estudiante hacia él	95
4.3.2 El reconocimiento y el aprendizaje	98
4.3.3 Formación con autonomía	99
4.3.3 La presencia del profesor	
4.3.4 La calidad del profesor	101

4.3.5 Todo sujeto enseña	103
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	119
Anexo 1. Guía para la entrevista	132

RESUMEN ANALÍTICO EDUCATIVO – R. A. E.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

- 1.1 Tipo de Documento: Tesis de Grado
- 1.2 Tipo de Investigación: Cualitativa
- 1.3 Nombre del Documento: La experiencia de los estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia en las prácticas clínicas.
- 1.4 Nivel de circulación: Restringida
- 1.5 Acceso al Documento: Bibliotecas de las sedes del CINDE (Bogotá, Manizales y Medellín), Biblioteca Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia.
- 1.6 Tipo de Impresión: Word, PDF, Windows 98.
- 1.7 Institución: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE y Universidad de Manizales.
- 1.8 País de Origen: Colombia
- 1.9 Programa: Maestría en Educación y Desarrollo Humano, Tercera Cohorte
- 1.10 Autoras: Teresa Nury Hoyos Duque, Rosmery Morales Arzuza, Cielo Amparo Noreña Quiceno, Ángela María Salazar Maya, Rosalba María Saldarriaga Elorza.

2. DESCRIPTORES

Experiencia, vivencia, práctica clínica, teoría, estudiante, enfermería, docente, paciente, equipo de salud.

3. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la experiencia que tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, durante la práctica clínica?

3.2 OBJETIVOS

Objetivo general

Aproximarse comprensivamente a la estructura ser estudiante de enfermería durante la realización de la práctica clínica, desde su experiencia.

Objetivos específicos

Describir la experiencia que tienen los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas.

Comprender el significado que representa para los estudiantes el acercamiento a los usuarios y a los servicios de salud durante la realización de las prácticas clínicas.

Comprender las situaciones que han vivido los estudiantes con mayor intensidad y que han tenido mayor impacto sobre su subjetividad durante las prácticas clínicas.

3.3 JUSTIFICACIÓN

La práctica del cuidado de enfermería en el contexto de la clínica, es fundamental en el proceso de formación de los estudiantes; en ella conocen y aplican las bases científicas y técnicas, profundizan en el conocimiento del cuidado, para posteriormente, ofrecer el servicio de enfermería a la sociedad (Castrillón, 1993).

De la disciplina conocen y comprenden los fenómenos relacionados con la persona, el ambiente y la salud desde diversos paradigmas y perspectivas filosóficas, teóricas, conceptualizaciones creativas y diferentes metodologías de investigación. (Thoun Northrupn, Tschanz, Olynyk, Schick Makaroff, Szabo, Biasio, 2004).

Este trabajo aporta a la comprensión de la realidad vivida por los estudiantes de enfermería en la práctica clínica para entenderlos en la experiencia de su ser y, basados en el análisis, llegar a la comprensión de la individualidad propia de cada sujeto y todo lo que ello implica en su proceso de formación, sus relaciones con la teoría, el docente, el escenario y el equipo de salud en ese contexto llamado clínica.

Se describen y analizan las experiencias positivas y negativas; se identifican los aspectos que facilitan o dificultan el proceso de formación para convertirse en profesional de Enfermería.

6. ESTRUCTURA TEÓRICA

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 han identificado como categorías en esta investigación, las siguientes: la brecha entre la teoría y la práctica, los escenarios de practica, el profesor ¿un instrumento para el aprendizaje del estudiante?

6.1 La brecha entre la teoría y la práctica

Durante su formación profesional, los estudiantes se mueven en dos segmentos, lo teórico en las aulas de clase y lo práctico en las instituciones de salud, o sea,

entre la realidad de los servicios de salud y el ideal de la profesión. La versión idealizada de la enfermería dada por los docentes en muchos casos es muy diferente a lo que sucede en la clínica donde su trabajo es técnico, mecanizado, porque trabajan a la par de el auxiliar de enfermería, realizando sus mismas funciones, con una carga de trabajo laboral muy similar.

Van Manen M. (1999), se refiere a la práctica como un término que ha sido utilizado en muchos contextos, se habla de la práctica educativa, profesional, reflexiva, moral, pedagógica, radical, discursiva y práctica epistemológica; éstos usos contrastan con el significado de práctica como práctica o la aplicación de la teoría la cual se refiere a la operacionalización de métodos, técnicas, conocimientos, habilidades y competencias, pero la noción de práctica hace alusión a muchos aspectos intangibles, se ha convertido en un término del discurso que se refiere a maneras de actuar, conocimiento tácito, acciones habituales, presuposiciones, modelos, presunciones críticas y tradiciones de conocimiento. (Van Manen 2000).

Desde el punto de vista social, la práctica es una actividad significativa. Para Poulantzas (1973 citado en Castrillón, 1993) “la práctica es un trabajo de transformación sobre un concepto determinado, cuyo resultado es la producción de algo nuevo”, para Lathlean (1995 citado en Ousley, 2000) la práctica la refiere al sitio físico, los servicios del hospital o la experiencia clínica obtenida por el entrenamiento. Ousley (2000), la considera como uno de los principales ambientes de aprendizaje y uno de los más importantes para la preparación de los estudiantes de enfermería que permite el crecimiento del conocimiento.

Para algunos autores el problema de la ruptura entre la teoría y la práctica, no se debe a la falta de conocimientos, sino a la dificultad en la aplicación de éstos en las diferentes situaciones dadas en la práctica. Dado que la teoría incluye en parte conceptos abstractos de la realidad, en algunos momentos la relación teoría –

práctica puede ser vista como descontextualizada, haciéndose más difícil para los estudiantes reconocer cuando es apropiado aplicar la teoría a la práctica. (Corlet, 2000).

Si los conceptos teóricos no se practican, si no hay aplicabilidad de la teoría no hay aprendizaje de los mismos, la teoría sin la práctica no sirve. Los estudiantes reclaman la oportunidad de integrar en la práctica los conceptos teóricos de la gestión del cuidado a situaciones reales en los servicios; es decir reafirma como los docentes y, posiblemente los estudiantes mantienen la brecha entre la teoría y la práctica.

Para algunos autores, el problema de la ruptura entre la teoría y la práctica no se debe a la falta de conocimientos sino a la dificultad en la aplicación de éstos en las diferentes situaciones de la práctica. Dado que la teoría incluye en parte conceptos abstractos de la realidad, en algunos momentos la relación teoría-práctica puede ser vista como descontextualizada, haciéndose más difícil para los estudiantes reconocer cuándo es apropiado aplicar la teoría a la práctica, (Corlet, 2000).

Durante sus prácticas el estudiante experimenta sentimientos de temor, de preocupación, de incompetencia, de falta de confianza y de experticia en la ejecución de procedimientos de enfermería (Knight, Moule, Desbottes, 2000). El estudiante siente la responsabilidad para aportarle al sitio de práctica, sin embargo al estar en él, se presentan limitaciones que impiden que pueda aplicar los conocimientos recibidos en la teoría, porque no tiene las habilidades necesarias para enfrentarse al área clínica.

Los estudiantes una vez se encuentran en el último nivel de formación, manifiestan temor por enfrentarse al mundo laboral; expresado como: “no saber nada”, se confrontan con el saber, con lo que son y se cuestionan como

profesionales de enfermería. La inseguridad, la angustia, (Elkan et al, 1993, Jowett y Walton (1994 citado en Knight, Moule, Desbottes, 2000), la sensación de sentirse perdidos porque no fueron preparados con las habilidades prácticas necesarias para su desempeño, la incompetencia por la falta de confianza y experticia (Elkan et al 1993, Jowett y Walton, 1994, Pagna (1988 citado en Knight, Moule, Desbottes, 2000), se refleja al final de su formación en las evaluaciones hechas por la Facultad de Enfermería e incluso algunos desearían estar horas extras en práctica para adquirir la experiencia hasta el momento no alcanzada Paynich (1971 citado en Knight, Moule, Desbottes, 2000), por lo que los estudiantes solicitan que sus prácticas sean mas largas.

La teoría y la práctica en enfermería demuestran que tan importante es para los enfermeros el desarrollo de un conocimiento integrado de enfermería; los estudiantes necesitan conocimiento académico y prácticas específicas que les permitan formarse como profesionales de enfermería (Field, 2004).

6.2 El escenario de práctica

La práctica clínica se convierte en un espacio donde se rescatan las vivencias del estudiante como sujeto en su quehacer cotidiano, esto significa encontrarse con unos ambientes de aprendizaje que le permitirán interrelacionarse, comunicarse con los diferentes actores que hacen parte de ese contexto en el cual se desempeña.

Durante su proceso de formación profesional, se espera que, el estudiante haga de la práctica un espacio vivencial, donde se le brinde la oportunidad de acercarse a variadas situaciones, vivencias, que le propicien una experiencia en diferentes ambientes; con la participación de diversos actores, como lo son los docentes, los pacientes, los familiares, el equipo de salud, los compañeros de estudio, además

del compartir sus conocimientos en los escenarios donde se desarrolle la práctica clínica.

En el escenario de práctica, el estudiante pone a prueba su saber; se ve enfrentado a diferentes ambientes: entornos, contextos, contenidos, actores que hacen de su formación algo motivante o por el contrario algo frustrante; ese algo que lo hace sentirse sujeto y/o objeto de este proceso, observa la realidad social, la realidad institucional, interactúa con diferentes personas que conforman un equipo de salud.

La falta de experiencia, la desubicación dentro del escenario de práctica genera en los estudiantes sentimientos de miedo, inseguridad, timidez, intromisión, los cuales se superan en la medida en que se van familiarizando con el entorno, con los usuarios, con sus familiares, con los funcionarios y, a la vez cuando se revisan y aplican los conocimientos previamente adquiridos

Es importante que el equipo de salud acepte al estudiante, le posibilite la confrontación de su saber, le permita actuar en contexto y le facilite los medios para desempeñarse como el profesional de enfermería que él quiere ser.

La interacción estudiante – equipo de salud, depende en gran parte del interés que demuestre cada uno frente al compromiso con su formación (búsqueda de oportunidades de aprendizaje para el estudiante), la disponibilidad y el deseo de compartir sus conocimientos y experiencia por parte del funcionario de salud.

Las relaciones con el equipo interdisciplinario de una u otra manera contribuyen a la formación profesional del estudiante, en esto es importante que él sepa sortear las situaciones que se viven en el ambiente de práctica, de tal manera que no se generen conflictos entre estudiantes y personal, que se logren aprendizajes significativos.

Asumiendo el compromiso, logrando ser un integrante más de equipo de salud, permitirá que el profesional de enfermería deje de vivir aislado y, en consecuencia pueda obtener el estatus que le corresponde y el reconocimiento social de la profesión.

Los estudiantes de enfermería durante la realización de sus prácticas clínicas se ven abocados a un sinnúmero de situaciones, que están directamente relacionadas con el desarrollo de habilidades y competencias que son fundamentales en su proceso de formación profesional y personal. Estas situaciones presentadas están mediadas por la parte afectiva, sentimental, y emocional de los estudiantes al momento de interactuar con los pacientes.

En la relación estudiante – paciente, al igual que en todas las relaciones de los seres humanos, debe estar implícita la interacción comunicativa evidenciada por una relación horizontal de diálogo, de respeto mutuo, donde cada uno asuma con responsabilidad las apreciaciones, modos de vida y puntos de vista de su interlocutor, favoreciendo esto el acercamiento, el cual es necesario para comprender mejor a los pacientes, estar atentos a lo que hacen, dicen, expresan con palabras y gestos, otorgándole así a la interacción cierta relevancia desde la posición del que brinda el cuidado (estudiante) y el que lo recibe (paciente), logrando con ello que se mantenga viva la humanidad de ambos, y se evite considerar el ser humano como un objeto de atención.

Los pacientes ingresan a la institución de salud en busca de ayuda cuando no pueden cuidar de si mismos, debido a que la enfermedad les impide realizar sus actividades y de paso satisfacer sus necesidades. Medina (1999) y es allí donde el estudiante de enfermería entra en escena en los espacios que le ofrecen la posibilidad de realizar sus practicas clínicas para brindar cuidado acorde con las necesidades y problemáticas que son expresadas por los pacientes al momento de interactuar con ellos.

Todo lo anterior conlleva a que, finalmente, paciente y estudiante se sientan satisfechos porque tanto el que ayuda (estudiante), como el que es ayudado (paciente), tienen la oportunidad de “crecer y ayudar a crecer y madurar psicológicamente o relacionamente” al otro. (Cibanal y Arce, 1991).

6.3 El profesor: ¿Un ‘instrumento’ para el aprendizaje del estudiante?

Los estudiantes de enfermería expresan satisfacción o insatisfacción en su aprendizaje, en diferentes momentos de la práctica dependiendo del desempeño y el actuar del profesor, de la relación que se establece entre ellos de la que se generan sentimientos de temor, de seguridad y de satisfacción por los logros obtenidos y por el reconocimiento que se les hace por su desempeño o, por el contrario, la insatisfacción que sienten cuando la práctica no llena sus expectativas.

La relación de apoyo, de ayuda, que el profesor le brinda al estudiante durante la práctica clínica puede facilitarle a éste su aprendizaje, le da seguridad, contribuye a disminuir sus temores y angustias. El profesor se convierte en alguien en quien el estudiante puede confiar, con quien puede contar dados los conocimientos y experiencia que posee.

Para el estudiante es muy importante la seguridad. Esta seguridad es vista desde la que posee y demuestra el profesor con sus conocimientos y su práctica y, la que él puede ganar a partir de la seguridad reflejada por el profesor.

Cuando el profesor brinda seguridad y apoyo al estudiante, éste aprende mucho mejor los procesos; los aprende y los seguirá haciendo bien. De esta manera el acto educativo fortalece positivamente al estudiante, que se motiva para aprender, explorar y comprobar lo aprendido, reforzando, así, los conocimientos. Hay

correspondencia entre la seguridad (confianza) que el profesor da al estudiante y la calidad del aprendizaje.

El estudiante confía en el profesor, reconoce que su saber idóneo es un elemento esencial en el proceso educativo; confía en el apoyo y la orientación que pueda recibir de él, pero también expresa la importancia de tener una formación autónoma, de responsabilizarse de su formación, independiente de la orientación del profesor, cuando éste demuestra poca idoneidad como docente y como profesional.

Una relación de dependencia total fomentada por el docente, no deja avanzar al estudiante en su proceso de formación, le genera sentimientos de temor para actuar de manera independiente, para desarrollar con autonomía el trabajo profesional. Una personalidad 'absorbente', 'terca', 'temerosa' del profesor que impide el crecimiento del estudiante, coarta su autonomía, no le brinda oportunidades que le permitan crecer profesionalmente.

Andews y Roberts (2003) señalan que el medio clínico es rico en experiencias de aprendizaje y que éste es más significativo si el estudiante participa activamente. En el aprendizaje del estudiante influye el rol del profesor sin embargo hay evidencia de éxito en la práctica del estudiante aparte del profesor, algunos estudiantes tienen éxito sin trabajar al lado del profesor.

El profesor debe conocer las necesidades, intereses, dificultades y aptitudes de sus estudiantes con el fin de guiar y orientar su proceso educativo; este conocimiento le permite al profesor definir el tipo de ayuda que cada estudiante, como ser humano particular, necesita para un mejor desarrollo de su aprendizaje. El profesor eficaz (s.f). El conocimiento del estudiante por parte del profesor enriquece el aprendizaje, dado que se puede individualizar la enseñanza para responder a sus necesidades.

Una relación horizontal entre el estudiante y el profesor permite profundizar en el aprendizaje. Dejar de ver el docente como una persona que está en un plano inalcanzable, mirarlo como lo que es: un ser humano. Si se crea un ambiente amable entre el profesor y el estudiante se favorece el aprendizaje, en cuanto el estudiante puede aprovechar mejor los conocimientos que posee el profesor, además; se puede realizar un buen trabajo en equipo.

Para Andrews y Roberts (2003), un buen mentor desde la perspectiva del estudiante es alguien que apoya, que actúa como un buen modelo, que enseña, guía y asesora; alguien con preocupación sincera y con un profundo interés de los estudiantes.

La calidad del profesor es vista por el estudiante como un aspecto positivo para su formación. Positivo en cuanto a la exigencia en doble vía que se da en el proceso educativo, porque si el docente es bueno, el estudiante puede exigirle más para su aprendizaje, además el buen profesor exige y evalúa al estudiante, esto es muy importante para él.

Para el desarrollo de la práctica es clave no solo la pericia y experiencia clínica del docente, sino también su formación como pedagogo; un buen docente no solo sabe de la disciplina sino que tiene una buena relación pedagógica con el estudiante. “El profesor es un educador y no un simple transmisor de conocimientos. Es una persona que debe tener conceptos sólidos y amplios en lo que enseña para poder integrarlos en el plan de estudios. Además, debe tener conocimientos sobre las disciplinas que apoyan su desempeño docente como la filosofía, la pedagogía, la psicología y la sociología; igualmente debe tener habilidades críticas y creativas para observar, cuestionar, innovar y evaluar su propio proceso de enseñanza aprendizaje.

Pero, el docente se puede convertir, también, en un referente negativo para la formación del estudiante, en el sentido de que “no es inspirador” de su estudio, del aprendizaje, de la creatividad. Esto genera una sensación de impotencia en el estudiante, igual sucede cuando el profesor es inflexible cerrado, rígido, que no escucha o permite sugerencias de parte del estudiante para desarrollar determinadas actividades. Es un profesor que desconoce el aprendizaje previo del estudiante, que desconoce el saber de otros profesores; un profesor que impone sus criterios sin permitir al estudiante argumentar o crear. Este comportamiento del profesor desmotiva al estudiante para su aprendizaje.

Igual que el profesor, los otros actores del ambiente educativo donde se realiza la práctica, como el personal de medicina, de enfermería, otros profesionales del equipo de salud, y por supuesto, los pacientes, aportan a la formación del estudiante; la interacción con todos ellos, aporta a su aprendizaje. Es un aprendizaje soportado en la relación e interacción con otros, donde todo sujeto enseña.

7. METODOLOGÍA

7.1 Referencia teórica del enfoque cualitativo

Se utilizó el enfoque cualitativo de la investigación, dado que es comprensivo e interpretativo y permite conocer la experiencia humana en el contexto donde ocurre. (López, 2003).

La investigación cualitativa encara el mundo de la interioridad de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con los contextos y con otros actores sociales; aborda las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; por tanto, se requieren técnicas que le ayuden al

investigador a ver más allá de lo ordinario y a comprender de esta manera la vida social. (Straus y Corbin, 2002).

7.2 Diseño del estudio

7.2.1 Acceso y recolección de los datos

El estudio se inició en el año 2004; en él participaron 10 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, de los semestres séptimo y octavo quienes habían tenido la oportunidad de vivenciar la práctica clínica en diferentes escenarios, por lo tanto eran los más indicados para dar cuenta de sus experiencias durante la realización de las prácticas clínicas a lo largo de su proceso de formación. El acceso a los estudiantes fue de forma directa, se les solicitó su participación voluntaria.

Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad, para la cual se elaboró una guía.

7.2.2 Análisis de los datos

Los datos se analizaron de acuerdo a las estrategias propuestas por Strauss y Corbin (2002). Se parte de un momento descriptivo llamado también codificación abierta, línea a línea del texto de las entrevistas, utilizando códigos en vivo y códigos sustantivos, con el fin de identificar los conceptos que surgen de los datos, sus propiedades y dimensiones.

Un segundo momento del análisis fue la codificación axial. En ésta, los datos fueron reorganizados nuevamente mediante la realización de conexiones entre los conceptos emergentes para agruparlos en categorías y subcategorías (Straus y Corbin, 2002).

Y un tercer momento, llamado interpretativo o codificación selectiva: una vez categorizada y codificada la información se ha dado paso a la recomposición parcial de los datos. Se seleccionaron las diferentes categorías que emergieron y se consideraron las más relevantes que dieron respuesta a las preguntas del estudio.

También se elaboraron memos analíticos que orientaron el análisis de los datos obtenidos; por medio de los memos se elaboraron supuestos, se exploraron los códigos y se clasificaron los datos.

7.2.3 La escritura

Establecidas las categorías y subcategorías se inició el proceso de escritura de la investigación, el cual ha sido sometido a múltiples análisis y reelaboraciones por parte de cada una de las investigadoras hasta llegar a un producto final.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La educación se orienta entre el deseo de narrar y la narración del deseo, se orienta de un lado a la formación de una identidad que se encuentre comprometida con la recepción conjunta de los textos (teoría), y de otro lado nuestro aprendizaje como humanos es una práctica narrativa en la cual aprendemos a contarnos nuestros sueños, pasiones, propósitos, sentimientos, y es entonces donde re-construimos nuestra propia narrativa. Ricoeur (1996 citado en Mélich, 2002)

La teoría es la narración de lo que ha pasado como procedimiento para obtener un saber educativo; pero es en la práctica donde debe ser contada, por lo que ésta

debe ser reflexiva, argumentada, criticada y analizada, una práctica capaz de ser narrada, pero también capaz de seguir narrándose, y muy responsable de lo que aún queda por decir.

La integración de la práctica y la teoría en la educación en enfermería ha sido y seguirá siendo un deber y un gran reto para las enfermeras en el escenario clínico y académico.

El rol asumido por cada uno de los integrantes en ambos escenarios es importante para acortar la brecha que pueda existir entre la teoría y la práctica, esto ayuda a su consolidación. Tanto el personal de enfermería del escenario clínico como del académico, deben trabajar juntos y en colaboración, en pro del desarrollo disciplinar.

El escenario clínico le permite al estudiante identificar los cambios reales de la enfermería, profundizar en los aspectos teóricos. La habilidad para integrar la teoría y la práctica, de re-crear esa teoría, de plasmarla en la realidad, hace de esta experiencia un aprendizaje significativo.

Para acortar la brecha es necesario apropiarnos de los resultados de las investigaciones en el área clínica e implementar los resultados en la propia práctica. Así lo reafirma: Rolfe (1996, citado en Corlett, 2000) al decir que la dicotomía está compuesta por conceptos teóricos y sugiere que la teoría de enfermería requiere ser recontextualizada; entonces la teoría y la práctica se informan y se desarrollan la una a la otra. Pero Dale (1994 citado en Corlett, 2000), sugiere que no hay brecha entre la teoría y la práctica, ya que hay dos perspectivas teóricas diferentes que son usadas por los profesores y por los practicantes en la clínica. El conocimiento de las experiencias es necesario para juntar ambas perspectivas, definir las, reflexionarlas y obtener un nuevo

entendimiento. Por último Jones (1997 citado en Corlett, 2000) también evoca la reflexión en la práctica en orden a alcanzar la praxis.

Por los hallazgos encontrados en la investigación y por la vivencia de las investigadoras en docencia, podemos concluir que persiste la brecha, esto debido a que el proceso de formación va encaminado hacia lo ideal, pero en los escenarios de práctica el estudiante se puede encontrar con otra realidad, la cual puede estar asociada a la falta de recursos físicos, materiales, económicos y humanos, a la asignación de funciones que no son de la competencia del profesional de enfermería; además, la imagen y el concepto que tiene cada uno de su desempeño.

Lo anterior puede llevar al estudiante a ceñirse a la realidad institucional y dejar a un lado lo realmente aprendido en la academia. Sin embargo es de anotar que como profesionales de enfermería no podemos desconocer nuestro objeto de estudio: el cuidado al ser humano a nivel individual y colectivo.

Los docentes debemos ser un apoyo para los estudiantes acompañándolos durante su proceso de formación y socialización como profesionales de enfermería, para que integren la teoría y la práctica y entretengan lo ideal con lo real. Tanto los enfermeros del escenario clínico como del académico, debemos estar capacitados y actualizados, trabajar de manera conjunta para que el estudiante reflexione sobre su propia experiencia, participe, transforme y reconstruya esa realidad.

Los estudiantes se reúnen en espacios o instituciones de salud públicas o privadas para realizar su práctica clínica, para integrar todo ese contenido teórico que han adquirido y aplicarlo en un contexto llamado práctica; para establecer relaciones más estrechas con el paciente, con el docente, con la familia del paciente, con el equipo de salud. Comienza para ellos un nuevo mundo, una

nueva experiencia, desarrollan una serie de actividades que lo llevan a darse cuenta de lo que realmente es la enfermería en una institución de salud y a construir su verdadera identidad profesional.

Se deben establecer relaciones dinámicas entre docentes, estudiantes, equipo de salud, paciente y familia, con el fin de trabajar conjuntamente y así lograr que el estudiante tenga una formación óptima, acorde con la realidad y las necesidades de la sociedad y la institución en la cual se está desempeñando, que le permita realizar un verdadero trabajo en equipo.

Por lo tanto el estudiante, para ser reconocido o hacerse reconocer, necesita fortalecer sus relaciones con los demás, con lo otro y con los otros, con el docente, con el paciente, con el equipo de salud, con la familia; además, necesita la motivación y el empuje que ofrecen las otras personas para seguir adelante; necesita de un mentor, de un docente que lo guíe y lo lleve por todo este proceso de la práctica clínica.

Trabajar juntos significa que el enfermero, los auxiliares de enfermería, los estudiantes y el personal de otras disciplinas se comprometan a alcanzar los objetivos, ejerciendo su autonomía y liderazgo, reconociendo su interdependencia. El compromiso se centra en la consolidación de ambientes que se fundamenten en el diálogo directo de tal manera que se respire un verdadero clima de confianza, de tolerancia, de satisfacción, de motivación y de pertenencia.

Al referirnos a las relaciones estudiante-paciente en los escenarios de práctica clínica vemos como el ser humano, a lo largo del ciclo vital, se caracteriza por estar en permanente interacción con el otro, en diferentes ámbitos y escenarios que posibilitan el establecimiento de relaciones intersubjetivas mediadas por una interacción comunicativa, favoreciendo así un acercamiento y obtención de la

información del paciente requerida por estudiante lo que lo lleva a una mejor calidad en el cuidado.

En la experiencia de la práctica clínica, el docente tiene gran significado para los estudiantes de enfermería, por lo que representa como profesional, como ser humano y como pedagogo que contribuye en su proceso de formación. La interacción que se establece entre los estudiantes y el profesor en el escenario de práctica es reconocida por ellos en la medida que les permita crecer tanto profesional como personalmente.

Los hallazgos de esta investigación en cuanto a las relaciones profesor – estudiante, en la práctica clínica son aspectos que deben ser tenidos en cuenta para repensar y fortalecer el perfil del docente que está contribuyendo a la formación de los profesionales de enfermería y, para profundizar en las estrategias pedagógicas tendientes al logro de aprendizajes significativos donde el estudiante sea el actor principal del proceso.

La ética es importante en la interacción estudiante- paciente en la práctica clínica, esta debe realizarse teniendo en cuenta los principios éticos, principalmente el respeto en lo que concierne al trato personalizado, reconociendo que el paciente tiene un nombre por el cual debe ser llamado en vez de un diagnóstico o un número de cama, como suelen hacerlo algunos funcionarios en determinados momentos. Éste es un aspecto que hay que fortalecer más en los estudiantes a través de los seminarios de ética que reciben en su proceso de formación. Al respecto vale la pena autoevaluar la capacidad de disfrute de la profesión a través del encuentro con el paciente en actividades de cuidado durante el nacimiento y el proceso de enfermedad, recuperación de la salud o la muerte.

El abordaje de los aspectos antes esbozados, ha sido planteado a partir de los testimonios de los estudiantes entrevistados; por tanto las percepciones que se

tengan de los pacientes son exclusivas de las referencias expresadas por los participantes.

Sería interesante realizar una investigación sobre la experiencia de los docentes, los pacientes y los otros actores de los escenarios de práctica, con los estudiantes esos sitios; esto permitiría obtener la visión de todos los actores que contribuyen al proceso de formación; para que mediante el análisis se defina la calidad de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería y se puedan fortalecer o modificar los contenidos curriculares, de tal manera que den respuesta a la formación del profesional de enfermería que la sociedad necesita.

INTRODUCCIÓN

Este informe es el producto de una investigación cualitativa, realizada con los estudiantes de enfermería de la Universidad de Antioquia, la cual se propuso responder a la pregunta ¿cuáles son las experiencias de los estudiantes de enfermería durante la práctica clínica? Para responder a esta pregunta se trazó como objetivo general, aproximarse comprensivamente a la categoría ser estudiante de enfermería durante la realización de la práctica clínica.

El cuidado de enfermería en el contexto donde se desarrolla la práctica, es fundamental en el proceso de formación de los estudiantes. Durante la práctica clínica los estudiantes conocen y aplican las bases científicas, técnicas y profundizan en el conocimiento del cuidado para posteriormente, ofrecer el servicio de enfermería a la sociedad. (Castrillón, 1993).

Este trabajo aporta a la comprensión de la realidad vivida por los estudiantes de enfermería en la práctica clínica para entenderlos en la experiencia de su ser y llegar a la comprensión de la individualidad propia de cada sujeto y todo lo que ello implica en su proceso de formación, sus relaciones con la teoría, con el docente, con los escenarios y con el equipo de salud en el contexto llamado práctica clínica.

En esta investigación se describen y analizan las experiencias positivas y negativas; además, se identifican los aspectos que facilitan o dificultan el proceso de formación del estudiante como profesional de enfermería.

El trabajo está organizado en cuatro capítulos; el primero de ellos es la aproximación teórica al tema, el segundo da cuenta del proceso de investigación, el tercero hace referencia a los hallazgos y el cuarto a la discusión y conclusiones

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Aproximarse comprensivamente a la estructura: ser estudiante de enfermería durante la realización de la práctica clínica, desde su experiencia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la experiencia que tienen los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas.

Comprender el significado que representa para los estudiantes el acercamiento a los usuarios y a los servicios de salud durante la realización de las prácticas clínicas.

Comprender las situaciones que han vivido los estudiantes con mayor intensidad y que han tenido mayor impacto sobre su subjetividad durante las prácticas clínicas.

2. APROXIMACIÓN TEÓRICA

La formación del estudiante de enfermería “está centrada en el desarrollo de competencias académicas y profesionales que lo capacitan para el desempeño de los roles de cuidador, investigador, gestor y educador. La formación está enmarcada en la enfermería como práctica social, en la legislación y en los modelos de atención en salud” (Proyecto Educativo Institucional, Facultad de Enfermería, 2003)

La formación del estudiante se orienta hacia el cuidado integral del ser humano (paciente, familia, comunidad) durante todo su proceso vital; en condiciones de salud y enfermedad en los ámbitos clínico y comunitario, a través de la identificación de sus necesidades y respuestas biológicas, psicológicas y sociales dentro de un contexto político, socioeconómico y cultural.

Durante su proceso de formación profesional, se espera que, el estudiante haga de la práctica un espacio vivencial, donde se le brinde la oportunidad de acercarse a variadas situaciones, vivencias y acontecimientos del diario vivir, que le propicien una experiencia, en diferentes ambientes, con la participación de diversos actores, como los docentes, los pacientes, los familiares, el equipo de salud, los compañeros de estudio, además de compartir sus conocimientos en los escenarios donde se desarrolle la práctica clínica.

Para algunos estudiantes puede ocurrir que el contexto, los actores y los contenidos hagan de la experiencia de su práctica clínica algo frustrante, mientras que para otros puede convertirse en toda una reflexión de cómo ha sido su participación en este proceso formativo: protagónica, trascendental o hegemónica; lo cual le permitirá, como futuro profesional de enfermería, poner en escena las

competencias de su ser, su saber y su hacer; a la vez que vivencia sentimientos que nunca antes había experimentado.

La práctica clínica se convierte en un pilar fundamental para la formación profesional del estudiante, puede generarle estrés y expectativa al momento de interactuar con el paciente, el familiar, el colega, el profesor y con los todos los integrantes de equipo de salud, a la vez que le permite poner a prueba todos aquellos conocimientos científico-técnicos adquiridos a lo largo de su proceso de formación.

Por otro lado, en la práctica clínica no sólo se confronta el saber sino también el ser del estudiante como sujeto: su subjetividad, sus sentimientos, sus afectos. En la medida en que el estudiante se enfrenta y tiene la oportunidad de vivenciar situaciones reales agradables o desagradables, configura la experiencia, producto de la confrontación de su ser, su saber y su hacer con la realidad.

Buscar las experiencias que se viven en la práctica clínica requiere "tacto" para discernir y evaluar la singularidad; requiere que el docente pueda "leer" o interpretar las situaciones que vive el estudiante, una solicitud y reflexión ante las acciones y sentimientos que expresa, una sensibilidad hacia la subjetividad del/la estudiante. Porque hablar de "tacto", es hablar de contacto, de interacción, de estar en "unión" (Van Manen, 1998), para alcanzar el propósito de la formación profesional del enfermero.

En la interacción comunicativa es importante considerar que "el sujeto no puede afirmarse como tal sin reconocer al otro en ese mismo carácter y ante todo si no se libera del temor a que conduce su exclusión", (Van Manen, 1998). Por ello el/a estudiante, primeramente debe partir del reconocimiento del otro para poderse constituir como sujeto, lo que implica una relación horizontal con el otro, que

permita la comprensión, la aceptación, la valoración del sujeto cuidado, afirmando así su derecho a ser sujeto.

El estudiante, en su proceso de construcción como sujeto a partir del reconocimiento del otro, debe afianzar en su formación profesional, su identidad profesional, su vocación de servicio con respeto, responsabilidad, cuidado, solidaridad y comprensión.

2.1 NOCIONES

2.1.1 Experiencia

El término experiencia se usa en varios sentidos (Ferrater, 2001). El primero se refiere a la aprehensión por un sujeto de una realidad, una forma de ser, un modo de hacer, una manera de vivir; es un modo de conocer algo inmediatamente antes de todo juicio formulado por lo aprendido. El segundo hace referencia a la aprehensión sensible de la realidad externa; se dice que tal realidad se da por medio de la experiencia. El tercero se refiere a la enseñanza adquirida con la práctica; se habla de la experiencia de un oficio y en general de la experiencia de la vida. El cuarto habla de la confirmación de los juicios sobre la realidad por medio de una verificación, por lo usual sensible, de esta realidad; se dice que un juicio sobre la realidad es confirmable o verificable por medio de la experiencia; y en el quinto la experiencia es el hecho de soportar o sufrir algo, como cuando se dice que se experimenta un dolor o una alegría; en este caso la experiencia aparece como un hecho interno.

Kant (1781 en Ferrater, 2001) admite que la experiencia constituye el punto de partida del conocimiento; esto quiere decir que el conocimiento comienza con la experiencia, no que procede de ella. La experiencia aparece en Kant como el área

dentro de la cual se hace posible el conocimiento. Según él no es posible conocer nada que no se halle dentro de la experiencia posible.

Melich (2002), describe la experiencia como una fuente de aprendizaje, de formación, de encarar los problemas, aquello nos da un saber singular. Al padecer una experiencia aprendemos de ella, nos forma y trasforma pero no nos hace expertos.

La experiencia es siempre subjetiva, es incontestable, no puede validarse, no depende de ningún tipo de estudio estadístico, no posee valor científico. Su valor es únicamente testimonial. Se puede transmitir para que otro la pueda rehacer. Es decir, el otro puede aprender de mi experiencia a condición de que él mismo haga la suya, al transmitir una experiencia se da la abertura a una experiencia nueva, una experiencia diferente (Melich, 2002).

El sujeto del testimonio es aquel que transmite la experiencia de una desubjetivación y supone dar un testimonio de otro, de un ausente, porque siempre hay otros en las experiencias humanas, otros que padecen conjuntamente con nosotros nuestras experiencias. El testimonio enlaza la experiencia pasada y la presente y la abre a un futuro para que el pasado no quede en el olvido y para que aquel que recibe la experiencia pueda rehacerla y aprender de ella (Melich, 2002).

La experiencia, a diferencia de la vivencia, supone hacer un trayecto hacia fuera, un trayecto en que uno se encuentra a sí mismo en la medida en que se encuentra respondiendo a otro, en la medida en que se es responsable de otro y tiene cuidado de él (Melich, 2002).

2.1.2 Vivencia

El término vivencia (Ferrater, 2001) fue introducido en 1913 por Ortega y Gasset como traducción del vocablo alemán Erlebnis en frases como “vivir la vida, vivir las cosas, como todo aquello que llega con tal inmediatez en mi yo que entra a formar parte de ella”.

Gadamer (1827 citado por Ferrater, 2001) indica que Dilthey otorga ya un sentido preciso a Erlebnis (vivencia). Según él, la vivencia es algo revelado en el complejo anímico dado en la experiencia interna; es un modo de existir la realidad para un cierto sujeto. La vivencia no es algo dado, somos nosotros quienes penetramos en el interior de ella. La vivencia es un ser cualitativo, una realidad que no puede ser definida por la captación interior, sino que alcanza también a lo que no posee indiscriminadamente. La vivencia es algo exterior o un mundo exterior se halla ante mí desde una forma análoga a aquello que no es captado y que sólo puede ser inferido (Ferrater, 2001).

Las vivencias entendidas como unidades de vivencias y de sentido, deben ser descritas y comprendidas pero no explicadas mediante procesos analíticos o sintéticos, pues son verdaderamente unidades y no sólo agregados de elementos simples. La vivencia es efectivamente vivida, esto es, experimentada como una unidad dentro de la cual se insertan los elementos que el análisis descompone.

La vida psíquica no está construida únicamente por vivencias sucesivas sino que éstas y los elementos simples, junto con las aprehensiones, se entrecruzan continuamente. Las vivencias se descomponen en vivencias particulares y subordinadas que pueden interrumpirse en el curso temporal sin dejar de pertenecer a una misma vivencia más amplia y fundamental (Ferrater, 2001)

Para Melich (2000), vivencia es todo hecho de conciencia, en tanto que el sujeto se aprehende a sí mismo en forma refleja o no como encontrándose en una determinada situación psíquica. No hay una auténtica vivencia sin pensamiento.

2.2 Enfermería como profesión

La naturaleza de la enfermería es práctica, tradicionalmente la enfermería se ha ocupado del cuidado de las personas sanas y enfermas. Es una práctica humana porque implica la relación con las personas, relaciones que requieren un tipo particular de acción subjetiva porque un sujeto interactúa con otro sujeto, orientado a la comprensión que se produce en el proceso de compartir significados. (Medina, 1999).

La profesión de enfermería se fundamenta en conocimientos científico-técnicos que son la base para prestar un cuidado con calidad a individuos sanos y enfermos.

"La Enfermería es un arte que supone cuidar al paciente mientras dura la enfermedad, también está orientada a ayudar al ser humano a alcanzar el máximo de salud a lo largo de su ciclo vital" Iyer; Tapatich y Bernocci-Losey (1989), citado en Castrillón (1993).

Para Jean Watson (1998 citado en Kérouac, 2001).), "la enfermera centra su atención en el cuidado humano y transpersonal, con el objetivo de asistir a la persona en su búsqueda de una armonía mejor entre el alma, el cuerpo y el espíritu, basada en un relación de ayuda y de confianza, a la creación de un entorno de apoyo y a la valorización de una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros"

La Enfermería es considerada una disciplina de la salud. Es una práctica liberal y social fundamentada en valores y conocimientos humanísticos y científico-técnicos, mediante los cuales se capacita al profesional para evaluar el estado de salud integral del ser humano a lo largo de su proceso vital.

La Enfermería es “el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual el enfermero junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud” Carper (1978 citado por Grinspun, 1994). Es arte porque requiere que el profesional de enfermería perciba e interprete las necesidades de la persona cuidada y elabore una particular forma de cuidar para darles respuestas oportunas y eficientes. Es ciencia porque incorpora conocimientos a través de los métodos científicos para describir, explicar, pronosticar y prescribir algunos componentes del cuidado de enfermería.

Es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que el sujeto esta confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar la fuerza necesaria para movilizarse hacia un estado de salud. Carper (1978 citado por Grinspun, 1994).

2.2.1 Contexto de la práctica de la enfermería

La práctica de enfermería está conformada por tres funciones básicas que se realizan en los ámbitos clínico y comunitario a nivel individual y colectivo; ellas son: cuidar la salud, gestionar el cuidado de enfermería y de los servicios de salud y educar para la salud. La investigación y la docencia también conforman la práctica de la enfermería son tareas propias de toda profesión y disciplina que requiere producir conocimientos y reproducir sus agentes en la sociedad. (Castrillón, 1993)

“La práctica de enfermería en el ámbito clínico, está constituida por conocimientos científico-técnicos, humanísticos, sociales y éticos, necesarios para brindar un cuidado con calidad al ser humano sano o enfermo con el apoyo de su familia. Se basa en soportes teóricos de las ciencias físico-naturales, sociales y del comportamiento y se apoya en modelos y teorías de enfermería planteadas por

Nightingale, Peplau, Henderson entre otras, para orientar el cuidado de enfermería en la investigación”. (Proyecto Educativo Institucional, 2004, pp. 22-23).

En el ámbito comunitario permite abordar el “cuidado de la salud de los colectivos humanos desde una perspectiva multidisciplinaria, interdisciplinaria e intersectorial. La fundamentación teórica se basa en las teorías del desarrollo humano, en el enfoque de la salud colectiva, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la educación para la salud, la participación social y la gestión del cuidado de enfermería a los colectivos humanos.” (Ospina, 1999, p. 22).

En cada uno de estos ámbitos, la práctica de enfermería no se limita a determinadas tareas, funciones o responsabilidades, sino que incluye la prestación de cuidados directos y la evaluación de sus resultados, la defensa de los pacientes y de la salud, la supervisión y la delegación en otros, la dirección, la gestión, la enseñanza, la realización de investigaciones y la elaboración de una política de salud para los sistemas de atención de salud. Además, como el ámbito de la práctica es dinámico y responde a las necesidades de salud, al desarrollo del conocimiento y a los avances tecnológicos, es preciso un examen periódico de la práctica de enfermería para cerciorarse de que sigue siendo coherente con las necesidades de salud actuales y que favorece unos mejores resultados de salud. (Consejo Internacional de Enfermería, CIE, 2004)

Además, la práctica de enfermería se define dentro de un marco legislativo y reglamentario y establece las funciones, competencias (conocimientos, capacidades y actitudes) y la responsabilidad profesional del enfermero. Dentro del ámbito legal del ejercicio de la profesión de enfermería influyen diversos factores como: la formación, la experiencia, la capacidad, la pericia y los intereses del profesional y el contexto de la práctica. Por tanto, en las definiciones de las funciones y del ámbito de la práctica profesional ha de reflejarse lo que es

claramente la enfermería, y ha de comunicarse el carácter multidisciplinario e interdisciplinario de la atención de salud. (CIE, 2004).

Los enfermeros precisan una formación y capacitación inicial y continua a lo largo de toda la vida laboral, para ejercer su profesión de manera competente dentro del ámbito de la práctica profesional. Por ello, la enfermería ha de conseguir que los enfermeros docentes y los enfermeros que gestionan los servicios de enfermería sean personas con experiencia, adecuadamente cualificadas y que comprendan las competencias y condiciones que se requieren para brindar cuidados de enfermería de calidad en el actual entorno de los servicios de salud. (CIE, 2004)

Para finalizar, en el contexto de la práctica de enfermería, es necesario tener en cuenta la identidad profesional, que se refiere a la relación que establece el profesional con la sociedad; ella comprende tanto una propuesta o perfil académico como una respuesta o perfil ocupacional; así la formación académica contribuye a la elaboración de la propuesta, pero es en el ejercicio profesional donde ésta se confronta con la realidad y recibe la ubicación que la sociedad le asigna a través del espacio ocupacional y está determinada por la división del trabajo, el nivel de organización alcanzado por el grupo, la solidaridad, y el respeto y la responsabilidad profesional con los usuarios del servicio y con la profesión misma (Castrillón, 1993).

2.2.2 Formación en enfermería.

La historia de la formación académica en enfermería se inicia con Florence Nightingale, quien es considerada la fundadora del sistema moderno de educación de enfermería (Castrillón, 1997). Para ella la enfermería era una vocación propia de las mujeres que requerían de entrenamiento, un hogar donde se recibía preparación práctica, moral y religiosa. En la escuela de enfermeras se formaba el carácter, los hábitos y la inteligencia de las jóvenes. Así se generó una filosofía y un sistema de educación en enfermería, caracterizado por la atención a los

enfermos prestada por mujeres, con énfasis en lo biológico, fundamentado en técnicas de higiene y saneamiento del ambiente, técnicas que más adelante configuraron los principios de asepsia y antisepsia. Tal sistema educativo estaba dirigido a formar enfermeras para el cuidado de pacientes y para la organización de las salas de los hospitales; adicionalmente recibían entrenamiento para realizar ayudantías en las labores del personal médico. El modelo pedagógico era aprender haciendo, pues el trabajo en el hospital servía al mismo tiempo de internado, aspecto que facilitaba la vigilancia moral y técnica de los aprendices.

“En 1873 se crearon simultáneamente 3 escuelas en los Estados Unidos de América, que en sus inicios siguieron el sistema de las escuelas de Florence Nightingale. Durante el último decenio del siglo XIX y el primero del siglo XX se inició la creación de escuelas en América Latina. En 1890 se crearon escuelas en Cuba y Argentina, en 1903 en Colombia, en 1905 en Chile, en 1906 en Ecuador y en 1907 en México. En varios países la formación no estaba asociada a las universidades sino a los hospitales y aún persiste en algunos de ellos”. (Castrillón, 1997, p. 20).

En 1937 y 1940, en América Latina, se presenta la enfermería como un servicio de asistencia al individuo enfermo y de colaboración con el personal médico. Al revisar la filosofía de algunos programas de formación se encuentran diferentes conceptualizaciones sobre la práctica de enfermería definiéndola como una práctica para conservar la vida y mejorar la salud, satisfacer necesidades físicas, sociales, emocionales y espirituales, brindar atención directa e integral en aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Otros la definen por su carácter humanitario como un servicio o como una interacción persona – persona. Algunos la definen como un arte, ciencia o disciplina del área de la salud. No faltan quienes la consideren como una profesión paramédica (Castrillón, 1997).

En los 90 se inicia un movimiento de reflexión sobre la conceptualización en enfermería y surge la propuesta de asumirla como una práctica social. Se identifica el cuidado como una función histórica que ha tenido diversas modalidades y contenidos y cuyo estudio debe contribuir a enriquecer el campo conceptual y de acción de la profesión (Castrillon, 1997).

El plan de estudios de enfermería también ha presentado variaciones a través de la historia; en los cincuenta y mediados de los sesenta el plan de estudios se estructuró bajo la racionalidad de departamento, se demarcaron las áreas básicas y las clínicas, surgió el departamento de medicina preventiva; el laboratorio se empezó a utilizar como ayuda a las clases teóricas y se intensificó la utilización de hospitales de mayor tecnología para la enseñanza.

Posteriormente se organizó el pénsum con base en el estudio de los órganos y sistemas corporales, además se agregaron las áreas sociales y humanísticas. En los últimos años del decenio de los setenta y principios de los ochenta se enfatizó en la necesidad de construir un perfil que permitiera conocer el tipo de enfermero que se requería para reelaborar los programas educativos Manfredi (1980 citada en Castrillón, 1997).

En esta época se definieron como áreas esenciales para la educación de enfermería: las ciencias físicas, biológicas y disciplinas afines; ciencias sociales, comunicación, educación general, ciencias humanísticas y enfermería. Se estructuraron programas de licenciatura y los complementarios, se capacitaron enfermeros para la dirección, supervisión de servicios y para la docencia en las Escuelas de Enfermería; además se estableció la investigación como parte de la formación profesional (Castrillón, 1997).

En los setenta se buscaba entrenar a los enfermeros para que respondieran a las políticas de ampliación de cobertura, de atención primaria y participación de la

comunidad; de allí se empezó a gestar el desempeño profesional independiente. (Castrillón, 1997)

A principios de los ochenta se amplía la técnica del examen físico, con técnicas instrumentales y de anamnesis que antes no eran practicados por los enfermeros y se introducen las teorías de enfermería, el proceso de atención de enfermería y la vigilancia epidemiológica. (Castrillón, 1997).

A mediados de los ochenta se introdujo el trabajo investigativo y, en particular, para el desarrollo de postgrados. Se incluyeron nuevos cursos como salud ocupacional, así mismo el anciano, el adolescente, la mujer y la familia adquieren nuevo significado en el pensar y en el hacer de las/os enfermeros. (Castrillón, 1997).

A finales del siglo pasado surgen algunas preocupaciones en torno a la formación en bioética, los aspectos de responsabilidad profesional y de humanización de la relación con los usuarios, la necesidad de conocimientos sobre gerencia de servicios de salud e informática, la elevación de estándares de calidad en la educación y en el servicio, el manejo de una segunda lengua (Castrillón, 1997) requisitos indispensables para ser un profesional de enfermería integral y competitivo en el mercado laboral.

2.3 Estudios sobre la práctica clínica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Medline, Lilacs, Fundación Index, buscadores de Internet y el sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia sobre investigaciones referentes a la experiencia de los estudiantes de enfermería durante su práctica clínica. Estos fueron los hallazgos:

El primer grupo de estudios se relaciona con la socialización de los estudiantes de enfermería teniendo en cuenta dos sectores: el educativo y el de servicio. (Melia, 1983 - 1984).

El entrenamiento de los profesionales de enfermería está basado en un compromiso de ambos sectores (Melia, 1983 1984; Andersson, 1993; Ansari, 2002; Leyshon, 2002; Ansari y Oskrochi, 2004; Corlett, 2000)

Según estos autores, el proceso de socialización permite a la persona adquirir valores y actitudes, habilidades y conocimientos de su cultura o del grupo al cual pertenece. La socialización tiene lugar a través de la interacción con el otro, con los otros, con lo que es significativo para el individuo (docente, estudiante, personal del equipo de salud, y compañeros) y la forma en que se adaptan a las diferentes situaciones que vivencia durante su entrenamiento.

El segundo grupo de estudios se relaciona con el grado de satisfacción de los estudiantes en su proceso de formación. 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.

Otros estudios se refieren a la satisfacción del estudiante en su experiencia educativa y su relación con la práctica y la investigación. Entre los aspectos que disminuyen su satisfacción están: ser estudiante de tiempo completo, las clases largas, las bajas calificaciones (Ansari y Oskrochi, 2004). Otro estudio identifica los valores que subyacen a la formación teórica y práctica de los alumnos, en el cual encuentran que el proceso de atención de enfermería es una herramienta para la formación profesional; éste es enseñado en la teoría pero no se aplica. La práctica la encuentran rutinaria, basada solamente en técnicas y procedimientos,

no en las necesidades de los pacientes que es el objeto de atención del cuidado de enfermería (Aguilar, 2003).

Juanola, Blanco, Cónsul, Zapico (1998) en su estudio, describieron la experiencia educativa en los medios clínicos y valoraron el entorno educativo, ya que en el análisis de él se pueden detectar algunos aspectos para incrementar la satisfacción de los estudiantes y la calidad de la enseñanza. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto una alta satisfacción en el área de filosofía educacional, las valoraciones más altas de los estudiantes son la información que reciben y la retroalimentación como ayuda del aprendizaje. En relación a la aplicación de la teoría a la práctica, los estudiantes expresan como lo más positivo poder aplicarla y los enfermeros valoran más positivamente la personalización de los cuidados.

En la Universidad Federal de Ceará realizaron 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 al recién nacido. 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 de enseñanza-aprendizaje (Campos, Do Carmo y Barroso, 2002).

Gutiérrez y Latorre (2004) realizaron un estudio descriptivo transversal llamado “La valoración de los estudiantes sobre sus prácticas de enfermería comunitaria”. Estuvo compuesto por tres cohortes 2000, 2001, 2002; su objetivo fue conocer los puntos fuertes y débiles en la organización de las prácticas. En dicho estudio se tuvieron indicadores de orientación práctica, integración de conocimientos, recursos disponibles, duración de las prácticas, relación con los profesionales,

integración en el equipo, capacitación del tutor, entre otras. Los resultados en la mayoría de los indicadores fueron entre excelentes y buenos con asignación de porcentajes bastante altos. Entre los puntos débiles reportados están: no siempre se realiza un trabajo en equipo, tiempo insuficiente de duración de la práctica y necesidad de integrar más la teoría a la práctica.

En el período comprendido entre 1996-2000, se realizó un estudio sobre “La visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas”. (Montserrat 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.

El tercer grupo de estudios se relaciona con el currículo. Se encontraron estudios que indagan sobre su desarrollo y se debate el conocimiento académico para el desarrollo de las habilidades prácticas y las competencias profesionales. En éste, las ciencias básicas tienen relevancia para los estudiantes respecto al cuidado de sus pacientes y cómo éstas apoyan su visión sobre la salud y la enfermedad (Mowforth, Harrison, Morris, 2005).

En un estudio que tuvo como objetivo identificar las dificultades en el desarrollo de técnicas básicas de enfermería, presentado por los alumnos del curso técnico de una escuela en la ciudad de São Paulo, los resultados encontrados fueron las dificultades relativas a las anotaciones de enfermería, ejecución de curaciones, técnicas asépticas, preparación y suministro de medicamentos, limpieza y organización, señales vitales, manipulación de sondas y drenajes. Han concluido

que, no obstante los alumnos hayan obtenido la formación de enfermería, existe la necesidad de reforzar los contenidos de técnica básicas, que el estudiante corrija los errores y consiga la competencia. (Frias, Kobayashi, Crespo, Okane y Januário, 2002).

Otro de los aspectos relacionados con el tema está en la fundamentación de la ciencia del cuidado. Este estudio pretendió valorar los conocimientos de los alumnos de tercer grado de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huelva, sobre los fundamentos epistemológicos y conceptuales de la enfermería y estimar su opinión sobre su aplicabilidad práctica-clínica, durante el período 1999/2000. Entre las conclusiones más relevantes podemos destacar que los alumnos poseen al término de su formación básica una gran confusión de ideas con respecto a la fundamentación teórica de enfermería y su aplicación práctica, pues observan que ésta no está generalizada, ya que la utilización en sus prácticas clínicas es del 50%. Esto es importante a la hora de valorar el alto índice de escepticismo que existe en la mayoría de los profesionales de enfermería para aplicar cuidados según una metodología de trabajo (Feria et al, 2001).

El último grupo de investigaciones esta relacionado con los sentimientos de los estudiantes al enfrentar la práctica clínica. Entre ellos encontramos:

El estudio realizado por Alemán, Calvo, Ojeda y Díaz (1998) indaga 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 sus 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 de enfermería.

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 en 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 (dañarse la relación o el enfermo busca una relación íntima) y de la sobrecarga (Zupira, Alberdi, Uranga, Barandiarán y Sanz, 2003).

Ferrer et al (2002), pretendieron valorar los conocimientos y actitudes con las que los alumnos se incorporan a las prácticas clínicas, así como el entorno en que se desarrollan. El estudio pone de manifiesto que, al incorporarse a las prácticas clínicas, los estudiantes creen tener suficientes conocimientos, pero presentan un alto grado de ansiedad que va disminuyendo a medida que avanzan los cursos.

En otro estudio sobre perspectivas de los estudiantes del primer curso de enfermería en las prácticas clínicas de la Universidad de Almería, en España, en los meses de marzo y junio del 2000–2001; estudio cualitativo realizado mediante observación, grupos de discusión y entrevista abierta, las conclusiones se relacionan con la preocupación de los estudiantes ante el inicio de las prácticas clínicas. Tienen miedo, sobre todo a 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. Consideran estar desinformados sobre las actividades que pueden desarrollar durante las prácticas del primer curso y creen que hay cierta confusión

entre los profesionales enfermeros de las unidades asistenciales respecto a lo que se espera de ellos durante las prácticas. Afirman que los profesores asociados de ciencias de la salud pasan muy poco tiempo con ellos, por lo que demandan tener a una persona que permanezca más tiempo para no sentirse solos durante las prácticas. (Gutiérrez y Latorre, 2002).

3. METODOLOGÍA

3.1 Referencia teórica del enfoque cualitativo

Se utilizó el enfoque cualitativo de la investigación, dado que es comprensivo e interpretativo y permite conocer la experiencia humana en el contexto donde ocurre. (López, 2003).

La investigación cualitativa encara el mundo de la interioridad de los sujetos sociales y de las relaciones que establecen con los contextos y con otros actores sociales; aborda las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos de conocimiento científico; por tanto, se requieren técnicas que le ayuden al investigador a ver más allá de lo ordinario y a comprender de esta manera la vida social. (Straus y Corbin, 2002).

Según Leininger (1978 citado por Straus y Corbin, 2002), los criterios cualitativos que apoyan y fundamentan estos estudios son:

El primero, la credibilidad. Ésta se relaciona con el valor de la verdad o verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido por medio de la observación y la entrevista. Se refiere a la verdad tal como la conocen, la experimentan o la sienten las personas que están siendo estudiadas y se interpreta a través de los hallazgos.

El segundo es la posibilidad de confirmación de los resultados. Se refiere a la repetición de la evidencia directa y participativa, documentada y observada, obtenida a partir de las fuentes primarias. Es la consecución de las evidencias de los informantes sobre los hallazgos del investigador o sus interpretaciones.

El tercero se centra en la contextualización de las ideas y experiencias dentro de una situación, un contexto o un medio ambiente total.

El cuarto son los patrones recurrentes, o sea los casos, las consecuencias de acontecimientos, las experiencias o los modos de vida repetidos que tienden a formar un patrón y a ocurrir una y otra vez de manera determinada en contextos similares o diferentes. Para sustentar este criterio se usan las experiencias, los acontecimientos o las actividades que se repiten y que reflejan patrones identificables de comportamiento secuenciado, expresiones, o acciones a través del tiempo.

El quinto se refiere a la saturación, a la completa inclusión de las ocurrencias o a la inmersión total en los fenómenos para conocerlos plenamente, de manera amplia y lo más profundamente posible; a la exploración exhaustiva del fenómeno estudiado. Tiende a haber una redundancia en la cual el investigador obtiene la misma información en repetidas ocasiones.

El sexto es la posibilidad de transferencia, es decir, se da cuando un hallazgo particular de un estudio cualitativo se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando los significados, las interpretaciones y las inferencias particularizadas del estudio.

Galeano (2004) señala que el enfoque de la investigación cualitativa se construye a lo largo del estudio siguiendo lineamientos generales, pero no reglas fijas; se inicia sin hipótesis ni marco conceptual para generar categorías de manera inductiva. El muestreo se realiza con base en los temas que van emergiendo durante el análisis, a lo que se le llama muestreo teórico (Glaser y Strauss, 1967 y Strauss y Corbin, 1994); el interés del muestreo teórico es captar la variedad y la dimensión del tema o fenómeno (De la Cuesta, 2002-2004)

La recolección de los datos se realiza en un entorno natural; puede ser por medio de la observación participante, las entrevistas semiestructuradas, guiadas por los objetivos planteados, como se hizo en este estudio. El objetivo de la recolección de los datos es obtener relatos descriptivos, basados en la experiencia del informante de tal manera que se pueda comprender su punto de vista respecto al fenómeno y en el análisis se generan conceptos o categorías con la ayuda de la codificación. Bryman y Burgess (1994 citado en De la Cuesta, 2002).

3.2 Diseño del estudio

3.2.1 Acceso y recolección de los datos

El estudio se inició en el año 2004; en él participaron 10 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, de los semestres séptimo y octavo de la carrera, quienes habían tenido la oportunidad de vivenciar la práctica clínica en diferentes escenarios de práctica. Se solicitó autorización por escrito a la Decana y al Consejo de Facultad para realizar la investigación, además se les adjuntó copia del proyecto.

El acceso a los estudiantes fue de forma directa, se les solicitó su participación voluntaria teniendo en cuenta que estuvieran cursando el séptimo u octavo nivel de la carrera, porque eran los más indicados para dar cuenta de sus experiencias durante la realización de las prácticas clínicas a lo largo de su proceso de formación.

Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semiestructurada en profundidad, para la cual se elaboró una guía (Véase Anexo 1).

Las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras, con una duración de 30 a 60 minutos, aproximadamente, en la Facultad de Enfermería. Al momento de la

entrevista se le solicitó verbalmente a cada estudiante participante el consentimiento informado (Duque, 2001), previa explicación del proyecto y el objetivo del mismo. También se le solicitó autorización para grabarla, aclarando que la información sólo sería conocida por las investigadoras y por la persona encargada de la transcripción. Todos permitieron grabar las entrevistas. En la transcripción de cada entrevista se reemplazó el nombre del participante por un código en letras y se le asignó un seudónimo al momento de escribir los testimonios en el informe final.

3.2.2 Análisis de los datos

Los datos se analizaron de acuerdo a las estrategias propuestas por Strauss y Corbin (2002). Se parte de un momento descriptivo llamado también codificación abierta, donde se realizó la transcripción exacta de las entrevistas tal como fueron expresadas por los informantes. Luego, cada una de las investigadoras procedió, de manera independiente, a realizar la codificación abierta línea a línea del texto de las entrevistas, utilizando códigos en vivo y códigos sustantivos, con el fin de identificar los conceptos que surgen de los datos, sus propiedades y dimensiones. Posteriormente se elaboró un listado de ellos.

Un segundo momento del análisis fue la codificación axial. En ésta, los datos fueron reorganizados nuevamente mediante la realización de conexiones entre los conceptos emergentes para agruparlos en categorías y subcategorías (Straus y Corbin, 2002). Esta codificación fue más selectiva y se utilizaron los códigos que aparecieron con mayor frecuencia, los cuales fueron tenidos en cuenta para el análisis de los datos.

La codificación axial busca respuestas a preguntas tales como ¿qué sucede y cuándo sucede el fenómeno? y al hacerlo, se descubren relaciones entre estas

categorías lo que ayuda a contextualizar el fenómeno (Straus y Corbin, 2002). Las categorías se organizan a través de un concepto explicativo central.

Y un tercer momento, llamado interpretativo o codificación selectiva: una vez categorizada y codificada la información se ha dado paso a la recomposición parcial de los datos. Se seleccionaron las diferentes categorías que emergieron y se consideraron las más relevantes que dieron respuesta a las preguntas del estudio.

También se elaboraron memos analíticos que orientaron el análisis de los datos obtenidos; por medio de los memos se elaboraron supuestos, se exploraron los códigos y se clasificaron los datos.

Durante todo el proceso de la investigación, el análisis de los datos se hizo de manera cíclica, ir y volver a los datos, contrastar los resultados con otras fuentes de información.

3.2.3 La escritura

Establecidas las categorías y subcategorías se inició el proceso de escritura de la investigación, el cual ha sido sometido a múltiples análisis y reelaboraciones por parte de cada una de las investigadoras hasta llegar a un producto final.

4. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

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 han identificado como categorías en esta investigación, las siguientes: la brecha entre la teoría y la práctica, las relaciones con el equipo interdisciplinario, con el paciente y con el docente.

4.1 LA BRECHA ENTRE LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA

Desde la perspectiva del paradigma científico tradicional de la lógica positivista, la teoría da las bases para entender la realidad, y permite al profesional comprender el por qué sucede un evento. Una vez se entiende una situación particular, es posible identificar sus efectos; por tanto, la teoría apunta a describir, explicar, predecir, prevenir o controlar la realidad (Cook, 1991), guiando la práctica de enfermería Dale (1994 citado en Upton, 1999).

En la literatura, el término teoría es una declaración que pretende explicar o caracterizar algún fenómeno (Stevens, 1984; Botha, 1989) sugieren que la teoría nos brinda maneras de pensar acerca de lo que estamos observando alrededor; (Moody, 1990) ve la teoría como la abstracción sistemática de la realidad.

El término teoría ha sido considerado como sinónimo de instrucción teórica y la mayoría de las veces se da en el aula de clase Lathleam (1995 citado en Ousey, 2000) la cual equipa al estudiante para la práctica clínica (Landers, 2000). Dale (1994) postuló que la teoría de enfermería da las bases para entender la realidad de la enfermería y, así el puede predecir y/o controlar situaciones; asume además, que el contenido estudiado en clase se correlaciona con lo que el estudiante experimenta en la sala clínica.

Van Manen (1999), se refiere a la práctica como un término que ha sido utilizado en muchos contextos, se habla de la práctica educativa, profesional, reflexiva, moral, pedagógica, radical, discursiva y epistemológica; estos usos contrastan con el significado de esta palabra o la aplicación de la teoría, la cual se refiere a la operacionalización de métodos, técnicas, conocimientos, habilidades y competencias, pero la noción de práctica hace alusión a muchos aspectos intangibles; se ha convertido en un término del discurso que se refiere a maneras de actuar, conocimiento tácito, acciones habituales, presuposiciones, modelos, presunciones críticas y tradiciones de conocimiento (Van Manen, 2000).

Desde el punto de vista social, la práctica es una actividad significativa. Poulantzas (1973, citado en Castrillón, 1993) escribe: “la práctica es un trabajo de transformación sobre un concepto determinado, cuyo resultado es la producción de algo nuevo”; para Lathlean (1995 citado en Ousley, 2000), la práctica se refiere al sitio físico, los servicios del hospital o la experiencia clínica obtenida por el entrenamiento. Ousley (2000) la considera como uno de los principales ambientes de aprendizaje y uno de los más importantes para la preparación de los estudiantes de enfermería que permite el crecimiento del conocimiento. Lai Chan Koh (2002); Andrews y Roberts, (2003), en sus estudios reportan que para los estudiantes el aprendizaje en la práctica es una parte muy importante en el currículo.

4.1.1 Aprendizaje contextualizado

La aplicación de muchos de los conocimientos adquiridos por el estudiante en el aula de clase, puede estar supeditada a la situación de la institución de salud donde la realiza la práctica, por ejemplo la situación económica, la disposición de recursos, o como dice Melia (1983) la rutina del equipo de salud y de enfermería en las salas de hospitalización; lo que hace que la teoría sea percibida por él como descontextualizada de la realidad. Margarita lo expresa así:

(...)definitivamente la teoría no tiene nada que ver con la práctica, en lo que he vivido yo, nos explican algo, nos dicen, por ejemplo, el manejo de tal paciente va a ser así, pero resulta que uno llega al hospital y es totalmente lo contrario, que porque no hay insumos, o porque no hay dinero con qué, o porque el paciente, o sea todo va cambiando(...)" "(...)enfermería aquí es muy teórica más no práctica(...)

Los profesores de enfermería son vistos por los estudiantes como idealizadores de la profesión; algunos, profesores sienten la necesidad de enseñar el ideal en enfermería, pero cuando el estudiante va a la clínica, ve una práctica profesional diferente a la enseñada en clase. Esto lleva a disminuir la credibilidad hacia el profesor, más que a cuestionar los métodos de prácticas (Corlet, 2000). “La idealización de la teoría o de la práctica académica de la enfermería” (Ramprogus 1992; Stevens, 1984) es vista como una de las causas de la brecha; la práctica de la enfermería es discutida como un deber ser, la idealización de la teoría de enfermería tiene poca relevancia en el cuidado de la salud hoy y se ve sólo en el sentido de llenar un contenido o de dotar al estudiante de conocimientos Millar(1985 citado en Kim, 1995), y así, la enfermería continuará estando en conflicto entre la práctica profesional y la disciplina académica Visintaine (1986 citado en Kim, 1995); por todo lo anterior, para Patricia la teoría recibida en su proceso de formación es un ideal y para María lo es su práctica:

*(...) entonces contextualizarnos más, porque a nosotros aquí nos enseñan lo ideal...hay que aprenderlo, pero entonces ¿como? (...)
Patricia*

(...) o sea, yo esperaba que allá fuera a adquirir muchas habilidades, no sólo habilidades técnicas, sino de valoración, yo creo que más bien fue el servicio donde estuve, que no me llenó completamente. Estuve en la San José, y para mí las urgencias de

San José son muy distintas a las que se imagina uno, porque yo esperaba era todo tipo de paciente, no sólo el paciente politraumatizado, sino también el paciente infartado, de todo lo que se ve en urgencias, pero allá (pues sabemos que la población de San José es población mayor), por lo general es el paciente infartado, pacientes con enfermedad cerebro vascular, pacientes con síndrome coronario agudo, generalmente son las mismas patologías, entonces uno allá no tiene la oportunidad de ver la urgencia o la emergencia como tal, entonces, pues yo, lo que esperaba de esa práctica, no lo conseguí (...) María

Los estudiantes se mueven en dos segmentos, lo teórico en la universidad y lo práctico en la clínica, o sea, entre la realidad de los servicios de salud y el ideal de la profesión. La versión idealizada de la enfermería dada por los docentes en muchos casos es muy diferente a lo que sucede en la clínica donde su trabajo es técnico, mecanizado, porque trabajan a la par del auxiliar de enfermería, realizando sus mismas funciones, con una carga de trabajo laboral muy similar. En este caso los estudiantes se convirtieron en una fuerza de trabajo para el cuidado de enfermería y la implementación de tareas y rutinas. Así lo percibe Óscar en su formación en el ámbito clínico:

(...) a la hora de retomar conceptos teóricos en una práctica, eso es muy complejo. Esa aplicación o ese análisis de lo que nosotros hacemos se ve reflejado en que en la práctica somos auxiliares, aunque con nosotros como estudiantes al iniciar prácticas, los servicios se mejoran y eso no sólo lo decimos nosotros, pese a que hacemos muchas cosas de las que hace un auxiliar de enfermería, los servicios van creciendo, se van viendo mejor organizados con los estudiantes (...)

Para algunos autores, el problema de la ruptura entre la teoría y la práctica no se debe a la falta de conocimientos sino a la dificultad en la aplicación de éstos en las diferentes situaciones de la práctica. Dado que la teoría incluye en parte conceptos abstractos de la realidad, en algunos momentos la relación teoría-práctica puede ser vista como descontextualizada, haciéndose más difícil para los estudiantes reconocer cuándo es apropiado aplicar la teoría a la práctica, (Corlet, 2000), como lo relatan María y Rosa:

(...) porque en la parte de ética a mí me parece que se trabaja muy bien, entonces no sólo dejar esa parte en lo teórico sino llevarla a la práctica, porque eso es lo que lo hace a uno un profesional muy bueno, la integración teórico-práctica; y eso es lo que ve uno en muchos compañeros, que ellos en la teoría pueden ser muy buenos pero en la práctica saben la mitad de las cosas o aplican la mitad de lo que saben (...) María

(...) uno como estudiante es muy dado a criticar, a decir: pero ¿por que en este hospital esto?, ¿no?, están haciendo esto malo, las auxiliares hacen esto, uno como estudiante llega con esa visión siempre a un servicio, porque uno piensa con la teoría y como se lo dictan, así que todo, todo va a seguir su curso y en realidad así no es (...) Rosa

Rosa hace énfasis en la importancia del cumplimiento de los principios teóricos, los cuales se contextualizan según la institución; para ella la práctica académica significa poner en escena su saber:

(...) cuando se llega a la práctica se da una cuenta de que muchas, muchas de las cosas que se vieron, en realidad se aplican, que de pronto cambien las cosas por los conceptos del hospital, del manejo específico de cada hospital, ahí es donde pueden cambiar las cosas, más no por la teoría, la teoría siempre, desde que esté

fundamentada, se puede aplicar en cualquier parte, pero siempre hay que tener en cuenta un contexto: de los recursos, del lugar donde se vaya a trabajar, del personal, de muchas cosas (...)

Por otro lado, la relación entre la teoría y la práctica es vista por algunos autores como una aplicación de unos principios generales de las ciencias a la práctica. (Walkers, 1992). Las nociones teoría y práctica, desde el discurso positivista, se consideran como algo separado en donde la teoría va a ser aplicada, o usada en, o integrada dentro de la práctica, y en ésta está el potencial para completar la integración de la teoría. La práctica tiende a ser representada en términos de extensión, en la cual se refleja la integración de la teoría, y de esta manera la teoría aparece con un estatus superior en dicha relación. La tendencia a ver la teoría y la práctica como nociones separadas y relacionadas en términos de integración/desintegración, explica porqué el docente y el practicante son vistos como personas diferentes con metas divergentes. (Fearly, 1997).

Carmenza y Margarita expresan cómo lo que realmente gratifica en la práctica es brindar el cuidado de enfermería y de “ayuda” al otro implementando los conocimientos adquiridos. Además, poder confrontar la teoría con la realidad.

(...) es muy diferente cuando uno está acá en clase y sabe todo lo que hay que hacer, pero en el momento de la práctica, ver qué se puede implementar y uno le está ayudando a otra persona, eso es muy gratificante y a mí me gustó mucho (...) Carmenza

(...) El cambio es que cuando vamos a los sitios de práctica ya es lo que yo sé, confrontar lo que vi con lo que estoy viendo en la realidad y, o por lo menos esa era la idea que yo tenía (...)
Margarita

Si no hay aplicabilidad de la teoría no hay aprendizaje de los conceptos teóricos; la teoría sin la práctica no sirve. María reclama la oportunidad de integrar en la práctica los conceptos teóricos de la gestión del cuidado; es decir reafirma cómo los docentes y, posiblemente los estudiantes mantienen la brecha entre la teoría y la práctica.

(...) pero de la gestión de cuidado y la gestión de los servicios en la práctica no, eso lo preocupa a uno porque supuestamente es lo que uno va a hacer cuando salga de acá, o sea es muy importante saber mucho, tener todos los conceptos claros sobre cuidado, manejarlos, dominarlos, tener las habilidades; pero si uno tampoco practica lo de la gestión, no sabe nada de gestión sino la parte teórica, y la parte teórica no específica sino muy general porque nosotros hasta el momento hemos visto conceptos muy generales pero nada así como aplicable a la gestión del cuidado y del servicio, no; en las prácticas las profesoras no se dedican a eso, sino al cuidado del paciente y nada de gestión; eso a mí me preocupa porque eso le da también a uno, más posibilidad de ser un profesional, (...) a mí me parece muy deficiente; no sé si será el currículo o será de las profesoras (...)

Rodrigo también lo percibe así:

(...) pienso que las prácticas clínicas las desarrollamos más hacia la parte técnica, nos queda faltando mucho de lo profesional. Uno llega a último semestre y se le viene todo encima, entonces porque ya tu sabes canalizar una vena, pero no sabes gestionar; pienso que la gestión de enfermería hizo falta durante todo el proceso de la práctica clínica, ni siquiera en el séptimo semestre porque fue gestión teórica que no fue posible aplicar en los servicios durante las prácticas; es sólo en el octavo semestre, y

pienso que no es lógico, porque la gestión de enfermería es una de las tantas razones del ser enfermero.

Patricia también solicita mayor integración de gestión desde el inicio de su formación:

(...) de la clínica creo que la parte de la gestión uno no la ve ni en el séptimo semestre, uno la ve en la parte teórica, pero en la parte práctica no sé, me imagino que en el octavo semestre ya se empieza a trabajar en eso. (...) y es de crear un poquito más de metodología, de que vayan fortaleciendo ese liderazgo, esa parte de gestión del cuidado. Yo vine a ver gestión del cuidado ahora, en el octavo, y se supone que uno la debe ver desde que empieza las prácticas (...)

4.1.2 Articulación curricular

Otro aspecto importante que evidencia la brecha existente entre la teoría y la práctica es la desarticulación entre los microcurrículos para la profundización y aplicación de los conceptos. Pero Margarita, además, relata la brecha entre las metodologías y los docentes:

(...) en cuarto nos enseñan una cosa, por ejemplo, nos dicen: el proceso de atención de enfermería es esto, teórico (...) en quinto, el proceso de atención de enfermería (PAE), no existe. En sexto (...) no hay docentes que inspiren a que los estudiantes estudien, el proceso de atención de enfermería definitivamente no existe, no lo hay, no se aplica, no sirve, es inútil, no se sigue; y es como la impotencia, en sexto semestre, de no hacer cosas nuevas porque los docentes no inspiran (...) pasamos sexto semestre pues con el trauma, con el no volver, que yo no quiero enfermería, y llegamos a séptimo y es el total, empezando porque el proceso

de atención de enfermería sí existe pero de una forma muy diferente, de una forma más lógica, más práctica, que se puede aplicar más fácil, toda la teoría que se vio de séptimo para abajo está totalmente volteada, ya lo que uno creía que era, por ejemplo, una hipertensión arterial por cualquier causa, ya en séptimo es totalmente diferente, (...) entonces en séptimo, todos nos chocamos con la teoría, ya lo que vimos en segundo de farmacología, en tercero de microbiología y en fisiología, ya todo es diferente, ya no existe, ya tiene que ver con muchas más cosas, entonces, en séptimo es: "yo no sé nada, ya voy para octavo y no aprendí nada, voy a salir y no aprendí, entonces ¿cómo hago con el PAE?" (...)

La variedad de contenidos teóricos puede generar en el estudiante ansiedad, lo que hace que vea su proceso de formación como algo desarticulado; ya que no sabe cómo utilizarlos en un contexto diferente al que ha vivido, como lo detalla Rosa:

(...) que la contextualicen, es muy difícil llegar a cuarto semestre con un montón de teoría que uno no sabe qué va a hacer con ella y encima de que uno no sabe que hacer con la teoría, llegar allá, a un contexto que es diferente (...)

Para Margarita su formación teórica respecto a los microcurrículos del área de fundamentación básica no fue significativa ya que no le encontró relación con enfermería, pero al enfrentarse a la práctica vio que esas asignaturas explicaban las causas de muchas de las situaciones de los pacientes.

(...) cuando llegué al cuarto semestre porque sí, estoy en cuarto semestre, y acabé de pasar hace un año, fisiología, farmacología y microbiología, ya no me acuerdo de lo que había estudiado, ¿por qué? tengo tantos vacíos ahora, ¿por qué? Desde el principio no

dijeron o no supieron cómo enfocar bien que eso hacía parte de la carrera y que eran las materias básicas, era la base de una gran parte de enfermería. Y fue un choque, eso fue un choque muy grande, porque de todas maneras ahora tenía que volver a estudiar, a repasar temas de los primeros semestres que ahora son supremamente importantes, y eso antes no lo pensaba (...)

Margarita refiere como un aspecto frustrante en su formación, la falta de integración de cada microcurrículo con los otros:

(...) definitivamente el currículo de enfermería no da sino para eso, para confundirnos, o para no saber cómo actuar, o que cada microcurrículo tenga su modo de actuar diferente y que definitivamente no compagine con los demás.

Los estudiantes, en su proceso de formación, ven el semestre siguiente como el salvador, con relación al que acaban de cursar, y así sucesivamente hasta llegar al octavo, al cual consideran como el solucionador de las dudas generadas, no resueltas en los semestres anteriores, tal como lo expresan Margarita y Rosa:

(...) y en octavo son las dudas que dejaron en séptimo, y con las que ha tenido en sexto y las que ha tenido en quinto y con lo que usted pueda hacer en octavo con su profesor. Margarita

(...) Yo pienso que cada práctica es diferente, en la medida en que en cada una se va avanzando más en conocimientos tanto prácticos como teóricos,... de tal manera que cada vez, pienso yo, se va a sentir uno más seguro, aunque también en esa misma medida en que tu vas teniendo nuevos conocimientos teórico-prácticos también te van exigiendo más. Es también como un reto a enfrentar algo más grande cada vez y eso nos va dando las

prácticas, vamos viendo que la complejidad en cada una va creciendo. Rosa.

El estudiante de enfermería experimenta de diversas maneras la relación teoría-práctica; en los primeros niveles, en el área de fundamentación básica, relacionan la enfermería como parte de la medicina. Así lo relata Martha:

“(...) toda la parte de morfología, fisiología, la dimensión que uno le ve a la carrera es la parte médica, la parte fisiológica, a mí me encantaba fisiología, farmacología me encantó, entonces uno piensa pues que enfermería es eso, es casi ser médico (...)”

Los estudiantes de enfermería se perciben como profesionales muy cercanos a la medicina debido a que el currículo está basado en la racionalidad técnica y esto implica una jerarquía de saberes con tres niveles: el primero de ellos, “las ciencias básicas” se refiere a los conocimientos altamente formalizados, teóricos y descriptivos acerca de los fenómenos que son competencia de las profesiones de la disciplina en las que se basa la práctica (psicología, sociología, anatomía, fisiología, biología, patología). El segundo, “ciencia aplicada” se refiere a las deducciones de los principios teóricos de las ciencias básicas que permiten la solución de problemas (medicoquirúrgicas); el tercero, “habilidades y competencias” se refiere al uso del conocimiento básico y aplicado antes adquirido. (Medina, 2000). Todas estas ciencias básicas presentan al ser humano en función de las respuestas fisiológicas y esto puede llevar a ver el cuidado de enfermería meramente como una intervención técnica y no como una relación intersubjetiva. Además, su entrenamiento está basado en competencias, como lo experimentó Martha:

Me estaba formando para mirar cuáles eran las respuestas fisiológicas del ser humano, cómo se colocaban los medicamentos, cómo actuaban los medicamentos en los sistemas, pues yo no

pensaba como en nada más, ó sea que tenía que ser muy buena en eso, en microbiología, en todas las básicas porque yo pensaba en el ámbito de desempeño clínico, una enfermera en una clínica, en un servicio, no sé. Sin embargo tuve como con un conflicto con eso cuando inicie la práctica.

En los lineamientos del currículo de la Facultad, se establece el proceso de atención de enfermería (PAE), definido como la aplicación del método científico en el quehacer profesional para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, como la herramienta de trabajo para el cuidado del individuo. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento con el objetivo de alcanzar su potencial máximo de salud. (Roldán y Fernández, 1999)

En general, en los ambientes clínicos de las prácticas académicas, los enfermeros no aplican todas las fases del proceso; esto lleva a otra disyunción entre la teoría, la práctica y la relación entre los diferentes micro currículos, ya que no hay una unificación entre los docentes para su aplicación, lo mismo que en la implementación de los modelos de enfermería; probablemente por esto en parte, todo lo visto por los estudiantes en los seminarios de enfermería, de ética y demás micro currículos, pierde interés, por la falta de transversalidad, capacitación o desinterés de los docentes sobre el tema, como lo enseña Verónica:

(...) y ese componente de cómo funciona el programa, porque de pronto nosotros íbamos hacia la anamnesis, la valoración, el examen céfalocaudal, muy lejano de los diagnósticos de enfermería todavía, muy lejanos, muy distantes, mucho más la planeación, o sea, ese componente del proceso de atención de enfermería es un continuo interrogante (...)

Los modelos conceptuales de enfermería y el proceso de atención de enfermería han quedado relegados al ámbito académico; han sido usados como contenidos del currículo más que como marcos de significado que las enfermeras puedan usar para resolver sus problemas prácticos.

Se observa también, cómo el cuidado se da desde lo técnico y tímidamente, se acerca al proceso de atención de enfermería; solamente se realiza la valoración del paciente sin planear el cuidado partiendo de sus necesidades, para satisfacer sus expectativas, fortaleciendo así la profesión de enfermería a través de los cuidados independientes, ya que estos permiten demostrar la autonomía del profesional de enfermería, como lo relata María:

Enfermería tiene acciones de cuidado dependientes, pero también las tiene independientes e interdependientes y todo eso hay que hacerlo; uno no sólo se tiene que quedar en lo dependiente que es lo que uno ve que hacen la mayoría de los profesionales ahora, pues en la práctica clínica es también cuenta la parte del criterio propio (...)

4.1.3 Modelo pedagógico

La formación del profesional de Enfermería está basada en dos modelos. El primero de ellos es el de entrenamiento, fundamentado en una serie de comportamientos y conductas necesarios para que el enfermero aplique en la asistencia a los pacientes, con una serie de destrezas y conductas que se deben practicar y dominar, como parte fundamental del perfil profesional.

El segundo modelo, y el que probablemente solicitan los estudiantes, es el de resolución de problemas, donde el conocimiento científico se aplica en la práctica del cuidado. El enfermero aplica los principios científicos que le ayudan a la toma

de decisiones. La historia de la formación de los profesionales de enfermería “ha seguido la lógica de la racionalidad técnica y ésta ha dominado el currículo, y ha sido importada de las ciencias naturales y fundada en el positivismo lógico” (Medina, 1999) En esta racionalidad, el cuidado se concibe como una intervención técnica: un ejemplo de ello es el rol profesional del enfermero al garantizar la calidad de un servicio. Así lo relata Patricia.

(...) usted, como enfermera, no va a realiza todos los procedimientos y no sale para hacer procedimientos, usted tiene que saber cómo se hace porque está evaluando su personal y si no sabe cómo se canaliza una vena, ¿con qué criterios le dice a la auxiliar de enfermería que no lo está haciendo bien, que se debe hacer así? Hay algunos procedimientos que no son de manejo del auxiliar (...)

Cualquier actividad práctica implica alguna posesión de teoría; la creencia simétrica de que todo lo teórico no es práctico y viceversa, es falsa. La producción de modelos y teorías no se realiza en un vacío práctico, ni tampoco el cuidado de los profesionales de enfermería es un trabajo mecánico, impermeable a cualquier planteamiento teórico. (Medina, 1999)

Durante sus prácticas el estudiante experimenta sentimientos de temor, de preocupación, de incompetencia, de falta de confianza y de experticia en la ejecución de procedimientos de enfermería (Knight, Moule y Desbottes, 2000); en algunos casos los estudiantes no tienen las habilidades necesarias para enfrentarse al área clínica y lo enseñado en la clase debe cambiar. Así lo expresa María:

(...) pero la parte técnica en el momento de la práctica, a mí me parece que está un poquito floja, (...), por ejemplo, uno llega al

laboratorio muy bueno, muy buen sitio de práctica, pero no siempre todas las profesoras lo aprovechan (...)

Como lo expresó Melia (1984), la teoría ilumina su práctica y Dale (1994 citado en Margaret, 2000) da las bases para el entendimiento de las diferentes situaciones prácticas; por tanto, “la práctica debe guiarse primero por la teoría” (Fawcett, 2003) y “el conocimiento de enfermería que emerge de la práctica debería formar nuestras teorías, y las teorías, recíprocamente deberían dirigir nuestras prácticas, el conocimiento teórico y práctico deberían ajustarse naturalmente (...)” (Barnum, 1998). La teoría y la práctica en enfermería demuestran que tan importante es para los enfermeros el desarrollo de un conocimiento integrado de enfermería; los estudiantes necesitan conocimiento académico y prácticas específicas que les permitan formarse como profesionales de enfermería (Field, 2004); así lo afirma María:

(...) usted sin la teoría no puede ir a la práctica, y decir que en la práctica aprende la teoría, de pronto es mucho más factible, pero es difícil si no tiene las bases para actuar; en muchas de las cosas que nosotros deberíamos manejar estamos muy débiles, y no solamente lo expreso yo, sino varias compañeras que también están conmigo para graduarse, (...).

Para Lakoff y Johnson (1980), el estudiante es el “recipiente”, para el almacenaje del conocimiento; y como aprende, es el paso, o el “conducto”, para la adquisición de ese conocimiento. Si las circunstancias creadas son óptimas, entonces el conocimiento es relevante y tiene el potencial de ser extraído por el estudiante o de ser impartido por el profesor a través de la brecha (Elkan y Robinson, 1993; Rafferty, 1992; Corlett, 2000)

En la Facultad de Enfermería los contenidos teóricos preceden a la práctica académica clínica; en algunos momentos, los estudiantes sienten que los

contenidos teóricos son tan extensos que no les permite reflexionar en ellos. Así lo expresa María:

(...) tan importante es el hecho de usted ver cómo manejar un paciente con shock hipovolémico, el hecho de usted manejar una reanimación, entonces también hay que mirar que las experiencias dependen mucho también del sitio de práctica, no todos tenemos las mismas experiencias, ni los mismos conocimientos; los que estuvimos en un servicio aprendimos unas cosas, los que estuvieron en San José otras, ¿cierto? pero entonces sí, tratar de tener lo mínimo, un estándar de lo mínimo que uno debe saber (...) Entonces se agobia uno mucho porque imagínese que para ver todo ese contenido teórico éramos de lunes a viernes de siete de la mañana a cinco de la tarde, usted a las cinco de la tarde ya qué le entra, después de estar viendo la misma materia, aunque eran temas distintos todo el día, y temas que requieren de tanta atención, que son tan importantes; entonces uno llega a la casa sin tiempo de retroalimentarse.

En los seminarios de enfermería, al estudiar los modelos conceptuales en enfermería*, inicialmente, no son significativos para el estudiante, probablemente porque a través de su formación se ha enfatizado en un modelo biologista producto del paradigma científico tradicional sin ver a la persona de una manera holística, Rolfe (1996 citado en Upton, 1999) y no se ha direccionado el cuidado bajo un modelo conceptual con su filosofía y todo lo que ello implica: el entorno, el paciente y el medio. Martha, en su vivencia de formación, así lo ha experimentado:

* Modelos conceptuales, describen elementos esenciales que sirven de guía para la práctica, formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Ofrecen una perspectiva única a partir de la cual los enfermeros pueden desarrollar los conocimientos que les servirán para su práctica. (El pensamiento enfermero, en Concepciones de Nightingale, capítulo 2, p.57)

(...) Pero ¿qué sentido tiene que yo me venga para un seminario y que me hablen de Florence? yo decía ¡Dios mío, no!, pero después va creciendo uno y se va dando cuenta de cuál es el valor de eso que es ser enfermera...

Cook (1991 citado en Upton, 1999) nos habla sobre los conflictos creados entre los modelos conceptuales y los practicantes, que contribuyen a aumentar la brecha Wilson y Tomas (1995 citados en Upton, 1999). En las últimas décadas se ha profundizado el estudio de los modelos conceptuales y esto se ha reflejado en la formación de los estudiantes.

A medida que transcurre el proceso de formación entran a participar otros componentes no sólo desde el punto de vista fisiológico y técnico, sino la parte humana como un asunto primordial en la formación de los profesionales de enfermería, donde prevalece un cuidado humanizado, moral, ético; se reconoce al otro, “el paciente” como sujeto, respetando su dignidad, sus derechos, y desarrollando sus potencialidades como ser humano. Así lo vivió Verónica:

(...) la parte humana es sin duda alguna una impronta del enfermero, y del enfermero de la Universidad de Antioquia, y es una defensa de los pacientes, el uno empezar a englobar toda esa teoría desde la ética que le dan a uno acá, que es tan importante, y mirarla directamente con los pacientes, y que lo que le decían los docentes de cómo se violentaban sus derechos sí era verdad y de como uno salía a la defensa, también era verdad lo que pasaba...

Los estudiantes, durante su formación en la práctica clínica valoran de manera positiva el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que tiene en cuenta que el nivel de complejidad: los escenarios de práctica son organizados desde lo más simple a lo más complejo y se sigue el ciclo vital humano, como lo relata María:

(...) me parece que los escenarios de práctica son muy buenos, porque se va avanzando en complejidad en el orden en que uno los va viendo y en donde va estando en la práctica.

Y Carmenza

(...) bueno, es muy rico porque uno pasa por todas las etapas de la vida de una persona (...) tiene un orden cronológico, uno empieza con la vida, lo que es el parto, lo que es un bebé, me parece excelente, y la cosa es que uno se enamora de esa práctica, y de la siguiente también se enamora (...) le da a uno la capacidad de analizar qué es lo que le va gustando (...)

Pero al iniciar la práctica clínica, Martha y Verónica consideran que los estudiantes se deben ajustar al modo de actuar del personal, del docente y del servicio, lo cual ocurre en otros contextos documentados por Melia (1983).

(...) enfrentarse a la práctica los primeros semestres es muy duro, por ejemplo con el cuidado a la madre tu tienes muchos temores, donde a tí una docente en un laboratorio te dijo: así va a canalizar la vena ..., pero tu vas allá, ya donde el paciente lo tienes que hacer, y la docente quiere que tu lo hagas con la pericia que ella lo hace y tu te llenas de miedo y haces las cosas mal, ¡es muy tenaz!, y te dejan solo y después el docente ¿por qué no lo hiciste?, pero también ya uno se va dando cuenta de que eso hace parte de la formación, de los procesos que uno que tiene que vivir ahí. Martha

(...) cuarto semestre, la primera cercanía con la práctica clínica, la expectativa total de que es lo que va a pasar y cómo es que nosotros vamos a enfrentar todo esto. Salud sexual y reproductiva fue una muy buena experiencia dentro de la práctica clínica, sí,

porque considero que esa primera cercanía tiene mucho que ver con mi filosofía de vida, esa cercanía del cuidado a las maternas, del cuidado al recién nacido (...). Verónica

Pero al mismo tiempo, en el último nivel de formación, los estudiantes manifiestan temor por enfrentarse al mundo laboral, que se expresa como: “no saber nada”, se confrontan con el saber, con lo que son y se cuestionan como profesionales de enfermería. La inseguridad, la angustia, (Elkan et al, 1993); Jowett y Walton, (1994 citados en Knight, Moule y Desbottes, 2000), la sensación de sentirse perdidos porque no fueron preparados con las habilidades prácticas necesarias para su desempeño, la incompetencia por la falta de confianza y experticia (Elkan et al 1993); Jowett & Walton 1994; Pagna (1988 citado en Knight, Moule y Desbottes, 2000), se refleja al final de su formación en las evaluaciones hechas por la Facultad de Enfermería e incluso algunos desearían estar horas extras en práctica para adquirir la experiencia hasta el momento no alcanzada Paynich (1971 citado en Knight, Moule y Desbottes, 2000), por lo que solicita Patricia que su práctica sea mas larga.

(...) Es como darle un poquito de más práctica, de no centrarnos tanto aquí en la teoría (...) Y el octavo semestre me pareció muy corto, muy corto tres meses para la práctica, porque si bien no es para cubrir vacíos, usted sí adquiere muchas destrezas, y es como el último semestre que usted tiene de salvación y me parece que debería ser mas práctico (...)

El tiempo de práctica es muy corto, lo que exige una rápida adaptación al sitio donde se realiza; esta transitoriedad hace que en muchos casos los estudiantes no logren adaptarse al servicio, cumplir los objetivos, reflexionar y racionalizar sus experiencias; se presentan así “los vacíos”, por eso Óscar piensa que cada práctica le brinda la oportunidad para esclarecer sus dudas.

(...) a cambio de lo que muchos compañeros creen, yo pienso que hay prácticas en las que tu puedes devolver... yo pienso que uno va adquiriendo la experiencia a medida que va trabajando, a medida que se va desarrollando, que va fortaleciendo sus conocimientos, uno va adquiriendo experiencia y va tapando esos vacíos que le han quedado en la carrera, de la teoría o de la práctica (...)

Este transitar por diferentes ambientes clínicos hace que ellos deban ver variadas formas de organización del servicio, de brindar cuidados a los pacientes y de ver el ejercicio profesional, se acostumbran a moverse de una práctica a otra, teniendo encuentros con el personal del servicio y principalmente con los auxiliares de enfermería, quienes se convierten en modelos técnicos para la ejecución de los procedimientos y procesos de enfermería (Melia, 1983)

La práctica clínica a Carmenza le ha permitido identificarse con su profesión y lograr terminar su proceso de formación; convencida de que lo que estudió hace parte de su proyecto de vida, así lo expresa en el siguiente testimonio:

(...) la práctica fue la que me ayudó a enamorarme de la enfermería, porque uno ahí realmente está haciendo las cosas y descubre y aprende, y le enseñan y uno también puede enseñar mucho; me gusta la práctica más que la teoría, precisamente por eso.

4.2 El escenario de práctica

En esta investigación los escenarios son todas aquellas instituciones de salud donde los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia realizan sus prácticas clínicas; instituciones que, de acuerdo a su naturaleza jurídica, son de carácter público o privado, y según la complejidad del servicio que

ofrecen, son de primero, segundo y tercer nivel de atención. Estas sirven de espacios de socialización e individuación para que los estudiantes en proceso de formación, contando con el acompañamiento y asesoría de un docente, experimenten los más variados sentimientos; integren la teoría a la práctica, interactúen con las personas, todo esto mediante la puesta en escena del objeto de la profesión: el cuidado de enfermería.

“Se considera cuidado de enfermería a una serie de acciones fundamentadas en la relación interpersonal de apoyo y de ayuda y en el dominio de lo científico-técnico; implica acercarse al otro con una actitud ética, de apertura, de sensibilidad y de responsabilidad ante las experiencias propias y las de los otros y así orientar la aplicación de sus conocimientos, habilidades y actitudes”.

“Cuidar es ante todo un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso vida – muerte, bien sea en el estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres, creencias, valores y cultura; con el objeto de lograr el desarrollo de su capacidad de vivir, o de compensar y suplir la alteración de sus funciones biológicas, psicológicas y sociales o enfrentar el proceso de la muerte”. (PEI, 2004, p. 20)

Hay escenarios que dejan huella positiva en el estudiante, lo cual lo llena de satisfacción no solo desde lo académico sino desde lo personal, generando en él sentimientos de agrado, de solidaridad, de cumplimiento del deber, a la vez que le refuerzan su autonomía y su identidad profesional.

La caracterización y especificidad del servicio donde realiza la práctica clínica hace que el estudiante reflexione acerca de cuál es el área de desempeño que más le motiva. La variedad de escenarios, la rotación por diferentes servicios le permite identificar cuáles son sus fortalezas y gustos frente a su futuro desempeño profesional.

En el escenario de práctica entran en juego las competencias del estudiante en su ser (capacidad de interactuar con el otro), su saber (validación de conocimientos adquiridos en el aula de clase) y su saber hacer (desarrollo de habilidades y destrezas); allí él puede actuar con autonomía y seguridad confrontando estas competencias, lo que es necesario para su formación profesional. Como lo dice María:

(...) la práctica como tal nos pareció muy buena porque allá éramos nosotras las que estábamos todo el tiempo con la mamá haciéndole el control, por ejemplo de las contracciones, estábamos todo el tiempo con las mamás y los médicos iban cuando ya iban a hacer la evaluación de la paciente; allá tenía una mucha autonomía, mucha independencia con la paciente (...)

Todos los escenarios de práctica tienen una dinámica diferente de acuerdo a la caracterización de los pacientes, a la especificidad del servicio, al equipo de trabajo; esto motiva o no al estudiante de acuerdo a su interés de formación profesional, al área donde desea desempeñarse, como lo relata Carmenza:

(...) me gustó mucho más allá y precisamente esa área porque uno es más activo, no se ve tanta monotonía como en algunos servicios y uno aprende ahí demasiado; entonces es como buscando eso de las prácticas pasadas: que le gustó hacer, si a uno le gusta estar más sentado o hace las mismas cosas o estar más activo moviéndose (...)

En el escenario de práctica, el estudiante pone a prueba su saber; se ve enfrentado a diferentes ambientes de aprendizaje que hacen de su formación algo motivante, o por el contrario algo frustrante; ese algo que lo hace sentirse sujeto y/o objeto de este proceso. Observa la realidad social, la realidad institucional, interactúa con diferentes personas que conforman un equipo de salud. En ese ambiente se ve envuelto en una serie de situaciones, que lo llevan a plantearse

preguntas tales como: ¿Qué es la enfermería? ¿Qué es la disciplina en enfermería? ¿Cuál es su objeto de estudio? ¿Cuál es mi quehacer como profesional de enfermería....?

Es allí donde el estudiante siente que su práctica no es significativa para la institución, que sólo representa una fuerza de trabajo; las actividades y procedimientos que realiza sólo corresponden a las que ejecuta el auxiliar de enfermería y que, en ningún momento está desarrollando actividades propias del profesional de enfermería. Melia (1983), en su estudio *Students' views of nursing* relata cómo los estudiantes describen el trabajo de enfermería “como un trabajo que cualquiera puede hacer” (...), y no tiene importancia como trabajo prestigioso, es rutinario y a veces tedioso (...) y lo describe en términos de cantidad de trabajo”. Verónica da testimonio de este hecho:

(...) el profesor de acá de la Universidad, con un grupo de estudiantes, mantenemos nuestro mundo aparte y no somos significativos para ningún escenario de práctica; significativos en la medida en que disminuimos actividades, pero no somos significativos en otros aspectos (...)

En el escenario de práctica, el estudiante pone a prueba su saber; se ve enfrentado a diferentes ambientes de aprendizaje que hacen de su formación algo motivante, o por el contrario algo frustrante; ese algo que lo hace sentirse sujeto y/o objeto de este proceso. Observa la realidad social, la realidad institucional, interactúa con diferentes personas que conforman un equipo de salud. En ese ambiente se ve envuelto en una serie de situaciones, que lo llevan a plantearse preguntas tales como: ¿Qué es la enfermería? ¿Qué es la disciplina en enfermería? ¿Cuál es su objeto de estudio? ¿Cuál es mi quehacer como profesional de enfermería....?

Es allí donde el estudiante siente que su práctica no es significativa para la institución, que sólo representa una fuerza de trabajo; las actividades y

procedimientos que realiza sólo corresponden a las que ejecuta el auxiliar de enfermería y que, en ningún momento está desarrollando actividades propias del profesional de enfermería. (Melia, 1983), en su estudio “Students views of nursing” relata cómo los estudiantes describen el trabajo de enfermería “como un trabajo que cualquiera puede hacer” (...), y no tiene importancia como trabajo prestigioso, es rutinario y a veces tedioso (...) y lo describe en términos de cantidad de trabajo”. Verónica da testimonio de este hecho:

(...) el profesor de acá de la Universidad, con un grupo de estudiantes, mantenemos nuestro mundo aparte y no somos significativos para ningún escenario de práctica; significativos en la medida en que disminuimos actividades, pero no somos significativos en otros aspectos (...)

4.2.1 Relaciones con el equipo interdisciplinario

Las relaciones con el equipo interdisciplinario, de una u otra manera contribuyen a la formación profesional del estudiante, en esto es importante que él sepa sortear las situaciones que se viven en el ambiente de práctica, de tal manera que no se generen conflictos entre los estudiantes y el personal de la institución y que se logren aprendizajes significativos; dependiendo del escenario de práctica, es posible lograr la autonomía para actuar; Vanesa da testimonio de ello:

“(...) uno llega a una institución y hay gente que tiene un estilo de trabajo muy mecanizado, están acostumbrados a algo y llegar uno de pronto a cambiar ciertos aspectos, pero tener la sutileza y habilidad y autonomía para cambiarlos es muy difícil porque uno no es monedita de oro como para gustarle a todo el mundo y todo el mundo no va ser simpático, entonces le ponen trabas y la cosa es saber cómo manejarlas para que no haya dificultades con el personal (...)”

“Cuando un estudiante y el equipo de salud se comunican lo hacen poniendo en contacto sus marcos de referencia o de interpretación; a partir de ahí cada uno atribuirá un significado a la interacción en función de su marco interpretativo, pero también en función de su capacidad de acceso a la estructura con la que el otro sujeto interpreta sus propios pensamientos, sentimientos y acciones; sólo la negociación, a través del diálogo, del significado que otorguen a la interacción, les permitirá derivar una comprensión no arbitraria sino fundada en el acuerdo intersubjetivo”. (Medina, 1999, p.196)

Por lo tanto, la autonomía, la responsabilidad, la solidaridad y el apoyo mutuo, son valores que debe poseer todo miembro de un equipo de trabajo; valores que van mas allá de la afirmación de uno mismo y de la competición, convirtiéndose así en el auténtico trabajo en equipo donde las habilidades y las capacidades, tanto teóricas como actitudinales del estudiante deben ser reconocidas y utilizadas para el desarrollo de su potencial humano y el de los otros, esto se verá reflejado en la calidad del servicio.

El trabajo en equipo no se improvisa, requiere un entrenamiento y una preparación previa; implica el conocimiento y el re-conocimiento de los demás profesionales, de todos los recursos utilizados en la asistencia al enfermo, desde los médicos hasta el personal de oficios generales, conocimiento adquirido a través de reuniones formales e informales (Bermejo, 1999).

La práctica en colaboración exige un clima de confianza y de respeto entre los profesionales, el cual pasa por varias etapas antes de llegar a la interdisciplinariedad abierta y dinámica. Entre el momento en que los miembros del equipo se conocen y se comprometen a trabajar juntos y a comunicarse abiertamente, existen momentos de ensayos y errores, de indecisión colectiva, y de crisis en lo que concierne al liderazgo, a la toma de decisiones y al reparto de responsabilidades. Los miembros del equipo son capaces de asumir las decisiones y los actos que emanan de ellas por sus conocimientos y sus

capacidades. La confianza significa que cada uno debe poder contar con la integridad y los conocimientos de los otros; el apoyo, la cooperación la coordinación de los esfuerzos de cada disciplina con el fin de alcanzar los objetivos de colaboración (Medina, 1999).

“Sin embargo, esta colaboración querida por todos es obstaculizada por comportamientos autosuficientes o individualistas. Cada uno reclama su dosis de autonomía en el diario actuar y quiere no ser molestado ni que nadie meta las narices en su parcela o especialidad” (Bermejo, 1999, p.36)

La falta de experiencia, la desubicación dentro del escenario de práctica genera en los estudiantes sentimientos de miedo, inseguridad, timidez, introversión, los cuales se superan a medida en que se van familiarizando con el entorno, con los usuarios, los familiares y los funcionarios de salud; además, cuando se aplican los conocimientos previamente adquiridos. Lo hace ver Rosa con su testimonio:

(...) en una práctica uno puede llegar muy tímido en ese acercamiento con las personas, con los pacientes, con el personal del servicio, ¿cierto? porque uno piensa que ese es el campo de ellos y que de pronto nosotros somos como intrusos en ese campo (...)

Para el estudiante es muy importante el reconocimiento que se le de a su quehacer en el sitio de práctica, como un ser humano en formación, que se le valore; para ello reclama el apoyo del profesional de enfermería del servicio como docente y el acompañamiento por parte del enfermero en el proceso de aprendizaje. Como lo expresa Patricia:

(...) yo creo que enfermería debe darle mayor trascendencia a lo que hacen los estudiantes, y en la medida que así sea en los servicios y en las instituciones, van a tener un poquito más de valor, digámoslo así, no los van a ver como simples estudiantes

sino más como colegas y que las enfermeras de los servicios se sensibilicen ante eso, que sean también docentes. Que usted le pregunte algo y le sepa responder, eso queda uno satisfecho, el hecho de que se siente a organizar el kardex y que se siente con uno, eso significa mucho, ahí usted no tiene que aprender nada de pedagogía, simplemente es no ser egoísta con el conocimiento y pensar que también fue estudiante, que tuvo los mismos temores, que tuvo que aprender de la misma manera, darnos mas importancia y que nos vean como colegas (...)

Como dice Emmanuel Levinas (1994 citado por Torralba, 1988, p. 221)... “mi libertad no es mi última palabra, no estoy solo (...) ser libre es construir un mundo en el que se pueda ser libre (...) la responsabilidad para con el prójimo es anterior a mi libertad”, es decir, el estudiante de enfermería como persona en formación, debe ser tenido en cuenta como parte de un equipo de trabajo, a través de una efectiva comunicación, reconocer que él vale como un fin en sí y no como un medio. La demanda de la responsabilidad compromete al profesional de enfermería a tomar partido por el otro, a implicarse con el otro, por el bien del otro. Se trata de un contrato eminentemente moral, una preocupación, una pre – ocupación por el bien ajeno. Marion (1981 citado Torralba, 1988).

La falta de un mayor apoyo y comprensión por parte de las enfermeras de los servicios donde se realiza la práctica y el desconocimiento de su proceso de formación académica, generan incomodidad e inconformidad en los estudiantes, porque de alguna manera se convierten en obstáculo para confrontar la teoría con la práctica. Como lo relata María:

“(...) A las enfermeras no les gustaba que tocáramos los kardex, que porque los hacíamos malos, los desordenábamos; entonces yo decía ¿dónde está aquí la parte docente? se supone que aquí están preparados para recibir estudiantes y que las enfermeras

también fueron estudiantes y uno aprende del error, si uno no se equivoca entonces ¿en que momento va a aprender? (...)

Como profesionales de la salud y como seres humanos, nos necesitamos unos a otros; a causa de nuestras diferencias, y a pesar de ellas, nos complementamos; existe o se hace necesaria esa complementariedad. Cuando seamos capaces de trabajar en armonía, podremos centrar nuestra energía en las personas que más nos necesitan, los enfermos. Esto disminuirá la frustración y aumentará la satisfacción. Los conflictos constructivos pueden incluso ayudar a resolver ciertos problemas. Lo que se debe evitar a toda costa son posconflictos destructivos que impiden la comunicación y crean insatisfacción personal y profesional. (Bermejo, 1999).

Es necesario que el equipo se sienta sostenido. Que se halle en un estado emocional que le permita la preocupación por el otro. De ahí que la reacción de un clima de trabajo basado en una relación de ayuda se convierta en el objetivo básico para desarrollar la tarea asistencial (Bermejo, 1999).

Pero no siempre es así; no se puede generalizar puesto que en algunos escenarios de práctica el estudiante es visto como alguien que viene a aprender de los otros y de lo otro, a dar todo de sí, a compartir un saber ya que él se siente ante una responsabilidad muy grande y es la de poner sus conocimientos al servicio del paciente y de todo un equipo de trabajo; él quiere cambiar, innovar, crear, desea hacer parte fundamental e importante de ese equipo, liderar, lo que se convierte en su objetivo primordial al interactuar con los demás. Así lo expresa Patricia:

(...) Entonces, cuando uno está aquí y pasa por los servicios, dice: “cuando yo sea enfermera las cosas van a ser muy distintas”, y ¡uno tiene tantas expectativas, tantos sueños! ... yo tengo muy en cuenta los pacientes, y con la prioridad que yo tengo que son los pacientes crónicos y en esta área de énfasis se me consolidó más

esa meta de trabajar por ellos (...) es que son pacientes con enfermedades que se pueden prevenir (...) si usted no las cuida se vuelven muy agresivas (...) uno llega a un estado tan deprimente simplemente porque no le dieron la información que necesitaba y yo me encontraba con eso en los controles “¡ay! no sabía eso, como así pero a mí no me habían dicho”, entonces uno dice: “pero ¿qué estamos haciendo?”

Por lo tanto es importante una buena cooperación, una buena relación de ayuda, que lleve realmente a un eficiente trabajo interdisciplinario; es así como Rosa nos dice:

(...) en la mayoría de las prácticas he tenido muy buenos equipos de trabajo, donde cada quien aporta en colaboración, en conocimiento, en ese tipo de ayuda, yo pienso que es muy importante un buen equipo de trabajo (...)

(...) es muy importante tener una buena relación con el equipo de trabajo. Es indispensable, diría yo, porque dependiendo de cómo se dé eso, el desempeño de ese equipo de trabajo, va a haber un buen logro en todas las actividades que se vayan a desarrollar, con el personal, con los pacientes...

Dependiendo de cómo se establezcan las relaciones interpersonales entre los integrantes del equipo de salud, con los estudiantes y con los docentes, se crea un ambiente favorable o desfavorable para el desempeño de unos y otros.

Es importante que el equipo de salud comparta conocimientos que beneficien la calidad del cuidado del paciente y el aprendizaje del/a estudiante. La interacción estudiante – equipo de salud, depende en gran parte del interés que demuestre cada uno con respecto al compromiso con su formación y a la disponibilidad y el deseo de compartir sus conocimientos y experiencias. Como lo manifiesta Rosa:

(...) con el personal médico se puede establecer una buena relación, en la medida que ellos nos pueden brindar también muchos conocimientos y nos pueden llevar a ampliar el contexto del problema que en ese momento esta afectando a los pacientes; el estar en comunicación directa con el personal médico que esta atendiendo a nuestros pacientes puede ser un buen apoyo para brindar ese cuidado en forma adecuada (...)

“Aunque nos sintamos conmovidos y nos hayamos dado cuenta de que nuestras relaciones pueden cambiar, y en muchos casos deben hacerlo, también debemos ser conscientes de que no nos hemos equipado con todo lo necesario para empezar la carrera, sino que tenemos que ir poco a poco equipándonos con pequeños logros, cada uno en su sitio y manteniendo su lugar” (Bermejo, 1999, p. 105).

“La complementariedad interdisciplinar que se consigue a través de la diversidad de los miembros es la base para realizar un buen trabajo en equipo. El conocimiento, el pensar, no puede desarrollarse en el mundo cerrado de la individualidad. Es obra de personas que trabajan juntas y discuten con benevolencia. Supone la solidaridad del profesional con los otros, el no creerse en posesión de la verdad” (Bermejo, 1999, p. 106).

Es importante que exista una buena coordinación entre el docente y la enfermera responsable del servicio y, que ésta esté enterada de cuáles son los logros que el estudiante debe cumplir para que se le posibilite la realización de actividades relacionadas con los propósitos de la práctica, contando con el acompañamiento y asesoría de la docente asignada.

La capacidad, la autonomía y la responsabilidad, factores que caracterizan toda profesión, reclaman la colaboración, la cual va mas allá de la afirmación de uno mismo y de la competición, para comprometerse en una contribución auténtica en el respeto de unos y otros (Kérouac, 2001).

Las responsabilidades y la influencia varían en función del grupo profesional o del individuo que tiene la competencia necesaria para una tarea particular en una situación dada. Las fuerzas y las habilidades son reconocidas y utilizadas según el potencial de cada uno (Kérouac, 2001).

4.2.2 Identidad profesional

“Es el resultado extraordinario de la interacción humana, el intencional y único que se da entre el cuidador y el sujeto que recibe la atención de cuidado” (Maya, 2003, p.98).

La identidad profesional de enfermería tiene implícito el cuidado de los seres humanos orientados a su acompañamiento en aras de favorecer una calidad de vida digna a lo largo de todo su proceso vital. Se vivencia al momento de atender al paciente con respeto y dignidad, al momento de prestar el cuidado individual en forma continua e integral, cuando nos ocupamos su bienestar, cuando se le ofrece compañía y orientación durante su estancia en el servicio, al momento de la salida dando las recomendaciones precisas para el hogar o durante la fase terminal, acompañándolo en su lecho de muerte; apoyando a la familia de modo que el dolor sea mas tenue, la espera menos larga, la orientación mas clara.

En la vivencia de la práctica el estudiante se enfrenta a situaciones y a relaciones con profesionales que subvaloran el quehacer del profesional de enfermería; esto le permite analizar críticamente la situación, no lo ve como una amenaza sino como una oportunidad para estructurarse como un enfermero que actúa con autonomía y seguridad. Así lo relata Verónica:

(...) tener que confrontarse con personas que estaban en un nivel superior, en el sentido de que llevaban tiempo en la academia, con los auxiliares de enfermería, con los mismos internos, con los mismos obstetras y que no por ser uno estudiante no tuviera la

alternativa, y la obligación de cierta manera, de entrar a cuestionar comportamientos, actitudes y hasta los mismos procedimientos (...).

El estudiante no observa un trabajo autónomo del profesional de enfermería, debido al dominio del médico sobre el enfermero; en esa dependencia de enfermería frente al quehacer del médico, el enfermero solo hace lo estrictamente necesario, se vuelve hacedor o cumplidor de órdenes médicas y el verdadero papel trascendental del profesional de enfermería no se vislumbra por ningún lado (Bermejo, 1999), como lo relata Vanesa:

(...) me han tocado cosas difíciles con las mismas jefes de los servicios por ejemplo, o médicos que han estado haciendo sus prácticas ahí, ...algunos siguen viendo a la enfermera como una subalterna, a la profesión, a mí como que no me gusta mucho, son digamos, piedritas que uno tiene que saber sortear para uno poder salir adelante (...)

“El profesional de enfermería ha sido, sobre todo, el ejecutor de unas técnicas delegadas por la profesión médica. En el siglo XIX, con Florence Nightingale, se produce un planteamiento de la enfermería como profesión totalmente dependiente del médico, se planteó la actuación de las enfermeras desde una perspectiva de total dependencia respecto a la profesión médica” (Bermejo, 1999, p. 97).

El papel de la enfermera se igualaba al de la madre sumisa y el del médico con el cabeza de familia. La función de la enfermera era relegada a la subordinación al saber médico y definida con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad, obediencia y pensamiento subteórico (Medina, 1999).

Las relaciones adquieren la forma de poder y dominación, donde el trabajo del enfermero se halla sometido a una estructura de saber. El saber del médico que

es una forma de poder. Saber que no sólo sirve para curar sino también para ocultar una realidad que se asume acríticamente y sin problematizar: el hecho de que unas personas están sujetas y dominadas por otras.

“El hecho de que el saber médico se haya convertido a lo largo del tiempo en un régimen de verdad y que sea prestado a la enfermera para que desarrolle su función, determina que las relaciones entre ambos están atravesadas por un poder asimétrico, como asimétrico es el saber que reivindican” (Medina, 1999, p. 35).

“Otra cuestión, que en ocasiones impide una buena relación con los médicos, es la superioridad que estos demuestran ante las enfermeras. Algunos médicos pretenden que la enfermera sea una simple ejecutora de órdenes cuando el está presente, pero que en su ausencia asuma grandes responsabilidades en complicadas situaciones” (Medina, 1999, p. 34).

El estudiante identifica el desempeño del enfermero sin autonomía, como lo expresa Martha:

(...) algo que a mí me pone a pensar y que a veces me da temor es el medio, o sea: uno como profesional y ser tan dependiente, me duele, me duele mucho, porque yo, de alguna manera, he sido una persona muy autónoma y uno ve que en un servicio pasan cosas; o que se comenten cosas que no deberían hacerse pero a veces no tienes ni voz ni voto para esa decisión y la legislación a veces es tan desfavorable para nosotros como profesionales! A uno a veces eso lo desanima mucho y digo: ¡Dios mío! ¿Para dónde va a coger una con esto tan duro? y como que, pues por ahora, no le ves como un cambio (...)

Al respecto Hughes (1982 citado en Turner, 1987) habla del rol social de la enfermera como de un producto de la división del trabajo de la profesión de la medicina. En la literatura se reporta una analogía (...) entre el papel de la

enfermera en la institución de salud y el de la esposa en el hogar (...) Gammarnikow (1978 citado en Turner, 1987).

Colliere (1990 citado por Medina, 1999, p. 46) analiza que, “durante la actividad de cuidar la enfermera desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferente: las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera, las que dependen de la decisión médica en cuanto a la prescripción y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica, y las que dependen de iniciativas compartidas entre diferentes trabajadores sanitarios y sociales”.

Además, Colliere (1990, citado por Medina, 1999, p. 34) afirma que un oficio que se deja absorber por otro, o que precisa llegar a ser otro, para sentirse valorizado, quedándose siempre a la sombra de aquel que tenga el derecho del ejercicio, no puede pretender ser reconocido.

Los enfermeros tendrán que enfrentar desafíos personales y profesionales, individuales y colectivos, políticos y sociales; reflexionando sobre la historia, partiendo de lo que son y construyendo un futuro con sincronía y complementariedad entre las diferentes disciplinas. Por lo que se necesita de un trabajo colectivo, de un trabajo en equipo para ser reconocidos ante una sociedad.

Es necesario que cada enfermero asuma su compromiso profesional con responsabilidad y liderazgo, logrando ser un integrante importante dentro del equipo de salud, esto favorecerá el reconocimiento profesional y social de la labor que desempeña.

4.2.3 El saber del enfermero vs la habilidad del auxiliar de enfermería en el aprendizaje del estudiante

“El enfermero debe poseer competencia técnica en los saberes biomédicos y en el arte de los cuidados, pero esos elementos no son suficientes para dar sentido a su

práctica si se excluye el imperativo moral que obliga a usar esos saberes para conseguir el bienestar de la persona cuidada” (Medina, 1999, p. 70).

A medida que el enfermero va adquiriendo experiencia en su práctica profesional, va adquiriendo conocimientos que lo llevan a ser un profesional integral y competente a la hora de brindar el cuidado, y que pone a prueba cuando interactúa con el estudiante en el momento que éste solicita la asesoría o acompañamiento en su práctica clínica. Rosa dice:

(...) El aporte de la enfermera y de las auxiliares, en la formación de los/as estudiantes “es más para preguntas, para afianzar temas en los que se tienen dudas, es muy importante; ahí, en ese momento, se confía más en el conocimiento de la enfermera que en el de la auxiliar; la auxiliar de pronto más para procedimientos, porque yo tengo unos conocimientos, pero de pronto en la parte práctica todavía hay muchas cosas en las que no tengo la habilidad de las auxiliares ... podemos aprender en ese aspecto, teniendo en cuenta los conocimientos teóricos que nosotros tenemos de esos procedimientos, porque ellas hacen unos procedimientos que de pronto no siguen la norma, aunque tienen mucha habilidad, entonces a ver, se va a hacer el procedimiento, pero teniendo en cuenta la teoría desde mi formación, no desde la formación de ellas (...)

Para el estudiante es muy significativo el rol que desempeña el enfermero profesional en la institución de salud, porque dependiendo de la buena gestión en el servicio propiciará, de igual manera, una gestión del cuidado con calidad, tanto para el paciente como para la familia. Martha nos dice:

(...) por que si tu estás en un lugar y te empoderas y buscas los recursos, las conexiones, podrías dar mucho con la enfermería, con un buen cuidado de enfermería, si no eres una buena enfermera la gente se muere del descuido, se muere de hambre...

El hecho de que el enfermero se ocupe más de los asuntos administrativos, hace que el estudiante, ante alguna duda, tenga que recurrir al personal auxiliar de enfermería. Lo comenta Rosa en su entrevista:

(...) por lo general la enfermera está muy ocupada en muchísimas cosas, en la parte administrativa tiene en cuenta todos sus pacientes, cuando se les pregunta algo ellas se lo contestan, pero el acceso mas rápido es la auxiliar de enfermería, porque uno ve que la enfermera está muy ocupada en muchas cosas (...)

El estudiante reconoce que de las auxiliares de enfermería se puede aprender mucho porque están en más contacto con él. El profesional está ausente o por lo menos no es identificado o reconocido, y si dentro de este equipo de trabajo se resalta la función del auxiliar de enfermería, ¿se podría pensar que ésta es más visible que la del profesional? En relación a esto, Rosa manifiesta:

(...) Hablando de equipo de trabajo, compañeros y también auxiliares de enfermería, que es de pronto con el que más tenemos contacto, con el que de pronto con la jefe del servicio, ¿Por qué? Porque también podemos aprender mucho de las auxiliares si tenemos una buena relación con ellos, de seguro que ellas nos van a brindar esos conocimientos (...)

4.2.4 La interacción comunicativa en el proceso de cuidado desde una perspectiva subjetiva e intersubjetiva.

En el cuidado de enfermería la comunicación constituye un aspecto fundamental en la interacción con el otro, a través de este proceso no sólo se transmite y se obtiene información, sino que “se intercambian puntos de vista y, como dice Cherry (1957 citado en Luna, 1993, p. 3) se comparten modos de vida”, “se influye

sobre las personas modificando su conducta, se promueve la participación y se relaciona la organización con el medio”, de ahí que se trata de un proceso activo bidireccional en el que debe predominar: “la horizontalidad, la libertad, la autonomía y la responsabilidad o capacidad de dar respuestas personales en la vida” (Bermejo, 2004, p. 22). En la medida que esto se dé, será posible obtener un mayor acercamiento al paciente, lo cual redundará en las respuestas que se esperan de él con respecto a la satisfacción de las necesidades reales que lo motivan a buscar ayuda, la cual es ofrecida por el estudiante, quien se siente satisfecho al hacerlo, tal como lo expresa Vanesa:

(...) “Porque a mí toda la vida me ha gustado estar con otra persona que me necesite y que sé y que sabe ella que está en mis manos su recuperación el saber que yo se la puedo brindar, me llena como de motivos, y de satisfacciones (...)”

“(...) los usuarios, los pacientes, la familia, trabajar con ellos es delicioso, y las satisfacciones que le dejan a uno cuando ya salen de alta y cómo le expresan a uno la gratitud de haber estado con ellos en esa convalecencia, eso es lo mejor”

Brindar cuidados de enfermería supone una transacción entre un ser humano y otro, entre un sujeto y otro; en la práctica clínica se establece una interacción comunicativa estudiante–paciente, donde la subjetividad de la persona que brinda el cuidado influye y se ve influida por la subjetividad de la persona cuidada (Clayton, 1992); donde ambos sujetos construyen y comparten lo que Watson, (1992, citada en Medina, 1999) ha denominado un campo fenomenológico o el ámbito en el que dos personas se hacen presentes con su singularidad, sus sentimientos y emociones para hacer de esa interacción un diálogo vivo, una experiencia compartida, donde la intersubjetividad mantenga viva la humanidad de ambos y evite a toda costa reducir al ser humano a un objeto Medina (1999), haciendo de este proceso un momento significativo para la vida de cada uno de

los sujetos involucrados, en términos de una eficaz interrelación, tal como lo expresa María:

“(...) con la compañía de uno, ellos también se pueden sentir mucho mejor, entonces ese acompañamiento con el paciente, no dejarlo solo, sino estar muy vigilante de todo lo que pueda hacer”

Y Rosa:

(...) ellos sienten que ahí hay acercamiento, que se puede establecer una relación de empatía.

Es esta íntersubjetividad, evidenciada en el cuidado, la que permite mantener viva la humanidad de ambos estudiante-paciente, a través de la puesta en escena de una “relación dialógica” como ha sido denominada por Buber (1974, citado en Medina, 1999, p. 37); puede ser diádica: estudiante – paciente; o triádica, cuando se requiere la intervención de un familiar, propiciándose de esta manera el acercamiento necesario para comprender mejor a los pacientes, estar más atento a lo que hacen, dicen, expresan con palabras y gestos, otorgando a esta interacción comunicativa cierta relevancia desde el punto de vista de la persona que cuida (estudiante) y el que es cuidado (paciente); se convierte así el cuidado en un diálogo vivo, donde ambos comparten “sentimientos y emociones provocados por algunos de los momentos mas intensos y dramáticos de la vida”. (Medina, 1999, p.50).

En los escenarios de práctica el personal de enfermería, independiente del rol que desempeñe bien sea, estudiante, enfermero, docente, auxiliar de enfermería, no puede hacer a un lado las situaciones que viven los pacientes y tampoco perder de vista lo importante de su función en cuanto al aspecto humano se refiere; se sabe que el personal de enfermería constituye un pilar fundamental en

la recuperación de la salud; el paciente, al sentirse más aceptado, comprendido, respetado y ayudado, va a estar más dispuesto a colaborar en su recuperación.

Si bien es cierto que para los pacientes es muy gratificante encontrar en las instituciones de salud personal que se caracterice por ser amable, comprensivo, servicial, dispuesto a interactuar con ellos, a establecer una relación íntersubjetiva de diálogo y respeto mutuo donde cada uno sepa asumir con altura sus responsabilidades para los estudiantes de enfermería también es satisfactorio poder ofrecer compañía y experimentar una relación paternal, tal como lo expresa Carmenza:

(...) no solamente eso, sino la experiencia cuando uno se sienta a hablar con los pacientes y lo aconsejan: “vea niña, es que usted es muy jovencita” y empiezan como que fueran los papás de una, como si fueran los abuelos, eso es algo también que uno va descubriendo, que al principio es la niña de la casa y uno siempre: “es, sí señor, no señora” en el hospital (...)

Para el paciente es de vital importancia sentirse reconocido, valorado, respetado y sobre todo aceptado como lo que es en ese momento, una persona que requiere “ayuda”, que en muchos casos ésta puede ser brindada por medio de una simple comunicación yo - tu, donde tanto el que ayuda (enfermero), como el que es ayudado (paciente), tienen la oportunidad de “crecer y ayudar a crecer y madurar psicológicamente o relacionalmente” (Cibanal y Arce, 1991, p.10).

El siguiente testimonio de un paciente, recogido por Satir (1981 citado por Cibanal y Arce, 1991, p. 9), da cuenta de ello: *“Creo que el mejor regalo que puedo recibir de alguien es ser vista por él, escuchada por él, tocada por él. El mejor regalo que puedo dar es el ver, escuchar, comprender y tocar a otra persona. Cuando esto se ha hecho siento que el contacto se ha realizado”*. Esto nos deja claro que el

cuidado lleva implícita la interacción con el otro, que no se puede reducir a lo meramente instrumental, ni la comunicación a la expresión verbal, debido a que la comunicación no verbal es más rica y vehicula mensajes más importantes y sutiles que la verbal (Cibanal y Arce, 1991, p.113). Cuenta de ello da Verónica:

(...) ellos sienten el contacto, también hay un contacto físico con ese paciente, en la manera como usted le puede tocar la mano, le puede expresar muchas cosas (...) sí, es primordial porque ellos sienten ese acercamiento, que se puede establecer una relación de empatía (...) inicialmente uno es muy tímido con el paciente, pero entre más uno interactué con él, mejor se van a dar las cosas, tanto para él como para uno.

Por otra parte, Paterson y Zderad (1979 citados en Medina, 1999, p. 37), consideran que los elementos del cuidado suponen “el encuentro (el ser y la actualización) entre personas (estudiante y paciente) en una transacción intersubjetiva (estar con y hacer con) la cual ocurre en un tiempo y un espacio con una finalidad determinada: logro de mayor nivel de bienestar (...) del paciente y satisfacción por parte del estudiante”; esto se ve reflejado en los testimonios de Vanesa:

(...) “Satisfacción, porque al enfrentar a una persona que necesita respuestas y que uno se las puede brindar con seguridad, ¡ah eso es súper!, y que una quede complacida con las respuestas que estaba buscando eso es (...), qué recompensa mayor que una quede satisfecha al saber que está haciendo lo correcto con ella y que la otra persona quedó contenta con lo que buscaba, que las perspectivas fueron lo máximo para esa persona y para uno que la brindó.

Y Carmenza:

La gente se va muy agradecida con lo poquito que uno les pueda hacer, pues con lo que uno les pueda ayudar, la gente es muy agradecida, es muy querida, me llama mucho la atención eso y me gusta trabajar con la gente.

Este tipo de encuentros entre el paciente y el estudiante en los escenarios de práctica, además de satisfactorios, son muy significativos para ambos y para el docente, porque apuntan a la puesta en práctica de la razón de ser y esencia de la profesión 'el cuidado', "entendido como ayuda a otra persona, que permite el desarrollo y la actualización del yo, en un proceso de interrelación que implica el desarrollo, de la misma manera que la amistad sólo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación", tal como lo concibe Mayeroff (1971 citado por Medina, 1999, p. 36). Así lo expresa María:

(...) con la compañía de uno ahí ellos también se pueden sentir mucho mejor, entonces, no dejarlo solo, sino estar muy vigilante de todo lo que pueda hacer.

Y Carmenza:

Poder estar con la persona; no sé, a mí me gustó mucho, me sentía más útil, más contenta con lo que hacía, y sabía que podía hacer mucho más por las demás personas(...)

La práctica es primordial para poder confrontar la realidad; permite además interactuar con el otro ser humano que requiere del cuidado de enfermería. La importancia está en la relación con otro sujeto y no con el objeto. La relación con los objetos se aprende de los libros, con los sujetos en la interacción. Para aprender, todo tiempo es corto. Para (Stark, Cook y Stronach, 2000) es

importante realizar la distinción entre la cultura técnica y la cultura reflexiva y dialógica. Como lo expresa Martha, la reflexión y el diálogo se dan en la interacción con el paciente y, con lo material se da la cultura técnica de manejo:

Pues a ver: yo pienso que la práctica es primordial, porque uno en esto tiene que interactuar con el otro, que es el ser humano en una situación vulnerable de salud. Es primordial, porque tú ahí te enfrentas a la realidad. No es lo mismo que te hablen de la cirugía, de los equipos de cirugía, por ejemplo, y tú te los aprendes, lo ves en los libros, los ves en la lámina. Yo pienso que todas las prácticas quedan cortas para lo que uno debería aprender y obtener de ellas.

4.2.5 El estudiante frente al proceso salud - enfermedad, vida - muerte

En el cuidado se tejen relaciones que van más allá de los medicamentos, de los objetos; la experiencia permite unas vivencias que surgen de las relaciones interpersonales y que en muchos momentos son trascendentales en la vida del futuro profesional de enfermería.

“La vivencia no es algo dado. Somos nosotros quienes penetramos en el interior de ella, quienes la poseemos de una manera tan inmediata que hasta podemos decir que ella y nosotros somos la misma” (Ferrater, 2001, p. 3713). Para que esta vivencia sea posible es necesario que se dé la interacción con el otro, que se establezca el contacto mediante un acuerdo mutuo, una previa concertación que permita aprovechar al máximo todas las oportunidades que se dan durante las prácticas, sin imposiciones, pudiendo así vivenciar experiencias que resultan ser muy satisfactorias tanto para los pacientes como para los estudiantes. Hay que tener claro que si en un momento no se cuenta con la aprobación y el

consentimiento del paciente, hay que respetar la decisión, tal como lo expresa Óscar:

(...) uno debe respetar las decisiones que toma el paciente al que le está ofreciendo su cuidado, y si no es él pues vendrán otras personas que le permitan a uno adquirir nuevos conocimientos.

(...) Yo pienso que eso les ha pasado a muchos de mis compañeros, no sólo para eso, para partos, también cuando nosotros teníamos que hacer varios controles, las mismas madres son como muy reservadas, muy conservadoras y no era bien visto por ellas. Para nosotros es una oportunidad más, o un aprendizaje más, o así lo tomé yo (...).

Como lo expresa, también Patricia:

(...) yo veo un paciente con patología renal y como que me veo en un espejo, me daba mucho temor y había una paciente renal y con diabetes y yo me arriesgué y la cogí; cuando mi docente llegó y me vio me dijo: ¿cómo te sientes?, y yo – bien; entonces como que enfrenté ese miedo y lo supe sobrellevar.

Rosa:

Darle a entender a la familia aspectos negativos del paciente: que puede empeorar su estado de salud, o, como decíamos, la muerte, ese momento (...) de pronto sí se han tocado temas pero, no es lo mismo haberlo escuchado que verlo en la práctica (...).

Y Margarita:

La experiencia va desmotivando, pero siempre buscaba la forma de hacer cosas nuevas; pacientes, por ejemplo, que se complicaban, siempre me los daban a mí; si había un paciente que había que tener como mucho más monitorizado, más pendiente de él (...)

Un sinnúmero de situaciones como estas se dan cuando los pacientes ingresan a las instituciones de salud en busca de ayuda por estar enfermos física o mentalmente y porque no pueden cuidar de sí mismos. Medina (1999), opina que “la enfermedad impide a las personas realizar sus actividades de la vida cotidiana, satisfacer sus necesidades, autocuidarse, adaptarse (...), la enfermedad trasciende del ámbito meramente biológico para insertarse en la dimensión psicosocial del sujeto”, todo lo anterior permite que el estudiante de enfermería entre en escena durante la práctica clínica para brindar cuidado acorde con las necesidades y problemática de los pacientes.

El cuidado, como esencia del quehacer de enfermería, está constituido por acciones transpersonales e íntersubjetivas, las cuales según Watson (1992 citado por Medina 1999, p. 49) buscan: “proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y a la existencia y ayudar al otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”. El estudiante en estas acciones transpersonales e íntersubjetivas experimenta las más variadas sensaciones frente a las situaciones vividas por el paciente. Leininger (1978 citada en Medina 1999, p. 43) considera el cuidado como: empatía, compasión, presencia, alivio, compromiso, soporte, confianza, estímulo, implicación, restauración, protección, contacto físico, los cuales pueden tener diferente abordaje según sea el contexto donde se apliquen. Óscar y Carmenza dan cuenta de ello:

(...) porque, todo hay que reconocerlo, nosotros a veces como estudiantes somos muy fríos, todavía nos falta mucho, yo

pienso que eso es una formación de tiempo, pero sí, las prácticas han marcado mucho esa parte afectiva, esa parte emocional y mi misma forma de ser. (Óscar)

(...) en la calidez con la cual uno les habla o les realiza determinados procedimientos, pues ellos sienten como el contacto también, hay un contacto físico con ese paciente en la manera como usted le puede tocar la mano, le puede expresar muchas cosas (Carmenza)

Por otro lado (Ruiz, 2004, p. 31), en su opinión sobre el mundo de la salud, considera que la enfermería permite “(...) transmitir la bondad de los sentimientos, el altruismo, la sensibilidad y la hondura humana (...)”, favoreciendo la integridad del ser humano en todas las dimensiones del desarrollo: corporal, afectiva, ética, espiritual, social, laboral, cognitiva y comunicativa, según la opinión de (Tobón, 2004, p. 51), las cuales hacen parte de las vivencias a lo largo de todo el proceso vital humano; dichas vivencias pueden generar tanto en el paciente como en los estudiantes momentos de alegría, satisfacción, como también tristeza o dolor, dependiendo de cómo sea vivida en ese momento la situación. Verónica da un ejemplo de ello:

(...) Los dos extremos, la vida y la muerte. Cuando se comenzó con las prácticas de obstetricia, el ver cómo era un parto para mí eso fue súper lindo, muy bonito, y es algo que nos llamó mucho la atención; ahora ya nos acercamos más a la muerte, eso también me cuestiona a mí mucho: la forma de acercarnos a la familia en ese momento para mí ha sido difícil.

Reconocer las dimensiones humanas es fundamental en la experiencia clínica. Ello no significa que sea fácil para el estudiante, o que todo lo haya aprendido en la Universidad; hay situaciones concretas de la vivencia familiar o social que

pueden aportar elementos para sacar a flote valores y actitudes que son de gran efectividad para orientar, apoyar, acompañar, al paciente y su familia en la vivencia de acontecimientos dolorosos e inesperados como la complicación de una enfermedad o la muerte, Rosa da cuenta de ello:

(...) el paciente se estaba muriendo lentamente, no fue que se murió así; decirle a la familia que le hablara, que él todavía les iba a estar escuchando porque el último sentido que pierden era el oído, (...) ahí, ese acompañamiento, pero más como de conceptos que no sabía, no que la universidad me los hubiese dado (...)

Para los estudiantes es impactante encontrarse frente a los extremos del ciclo vital humano, el nacimiento y la muerte; la finitud de la existencia humana, nacer y morir; hoy estamos y mañana no; hoy llegamos y luego volvemos; hay quienes vienen pero nunca regresan a sus hogares, porque no es posible satisfacer sus necesidades, sencillamente por la falta de recursos económicos de la institución y del paciente o su familia, lo cual genera impotencia e insatisfacción en el estudiante, tal como lo expresa Margarita:

(...) los cambios que yo he tenido han sido más de la parte emocional, a mí la gente en el hospital me da física tristeza y saber que no puedo hacer nada, o sea yo los puedo cuidar, yo puedo hacer muchas cosas por ellos, pero salen del hospital y yo ya no puedo hacer absolutamente nada más, y yo sé que son pacientes que tienen dificultades económicas y que no pueden llevar un tratamiento porque no tienen con qué y yo no puedo hacer nada más allá.

Es comprensible que la salud debe estar humanizada porque atiende todas las dimensiones del ser humano; en enfermería el sujeto llega a la existencia y deja la

existencia, lo que mide mi humanidad es la respuesta que yo dé ante el rostro del otro, es decir, ante su necesidad concreta, ante su dolor, su llanto o cualquier forma de debilidad Ruiz (1985 citado en Bermejo, 2004); los estudiantes en la práctica muestran cómo su formación profesional está de cara a esta faceta. Así lo evidencian:

Patricia:

(...) cuando vi mi primer parto, cuando vi el primer parto para mí eso fue una emoción tan grande que yo llegue aquí, a mí no me importaba ver lo que olía, no me importaba nada, y llegué yo aquí a la facultad me acuerdo ese día y ahí mismo llamé a mi mamá y yo: mami, ya vi el primer parto, mami eso es muy lindo (...) fue muy, significativo.

Y Carmenza:

No sé, la sensación de tener un bebé tan pequeñito, tan indefenso acá tan cerca y uno poder brindarle ese cariño y ese calor, me llamó mucho la atención (...)

Y Margarita:

Yo creo que la mayor prueba que yo tenía era llegar al trabajo de parto; porque yo no me imaginaba ese dolor tan miedoso, la mamá a punto de tener el bebé, traer un niño a la vida, ser la primera persona que lo cargue, eso a mí me impresionaba y me dió mucho susto, y yo llegué al quirófano temblando, yo no sabía que hacer y mi profesora me dijo: usted tiene la teoría, usted sabe qué tiene que hacer, yo la voy a dejar, yo voy a estar aquí a su lado pero usted va a hacer todo,

entonces vino el niño en expulsivo, lo recibí, mi primer niño, como esa emoción de haber estado allí, de haberle ayudado a la mamá (...)

Estar ante la muerte, “La finitud es el trayecto que va desde el nacimiento hasta la muerte. La finitud es la vida que uno sabe limitada, la vida anclada en el tiempo y en la contingencia” (Melich, 2002, p. 114), por más que se haya hablado de la muerte, el encuentro con ella, el ver partir un ser querido o lo que en su defecto podría serlo, causa dolor, “la presencia / ausencia del otro es un acontecimiento que quiebra la supuesta tranquilidad de mi vida y me reclama una respuesta”; (Melich, 2002, p. 114), al respecto, expresa Verónica:

(...) ahora ya nos acercamos más a la muerte, eso también me cuestiona a mí mucho la forma en cómo acercarnos a la familia en ese momento, para mí ha sido difícil.

Y Rodrigo:

(...) el séptimo semestre, en urgencias, me hice responsable de un paciente falleció; eso me cuestionó mucho y me fui muy afectado emocionalmente para mi casa. Al otro día la profesora facilitó que nos expresáramos al respecto, entonces también cuestioné a todos los compañeros de la práctica e inclusive a la docente.

Óscar narra una experiencia de alta intensidad por la pérdida de un ser querido siendo él estudiante de enfermería en una práctica clínica:

(...) yo pienso que de todas formas uno tiene que seguir trabajando, no fue la primera vez que falleció un paciente que estaba a cargo mío, pero como le digo, como fue un familiar ya muy cercano, sí me dolió mucho más.

La anterior experiencia muestra el sentir del estudiante, que no es cotidiana, pero se hace necesario afrontarla; de allí que es fundamental tener “una preparación especial (...) que conllevará a una obligación moral de hacerlo a partir de la identificación esencial entre humanización e interrelación personal” Barbero (1991 citado en Bermejo, 2004, p. 46).

Enfrentar la muerte es una experiencia dolorosa, traumática que puede generar reacciones de desconsuelo, rechazo, a la vez plantea cuestionamiento acerca de nuestro proceder y el de los demás.

La práctica toca la parte afectiva, emocional del estudiante en todos los momentos y más específicamente, ante las situaciones que tienen que ver con la vida y la muerte.

Por otro lado, las experiencias en la práctica clínica, dan pie a la confirmación de la identidad y la razón de ser de la profesión, lo que se refleja en los testimonios de Carmenza, quien en términos muy cotidianos muestra el gusto, el placer y la emoción que genera el encuentro con el paciente:

Poder estar con la persona; no sé, a mí me gustó mucho, me sentía más útil, más contenta con lo que hacía, y sabía que podía hacer mucho más por las demás personas (...).

(...) poder estar en contacto con tanta gente y poder aprender mucho de esas personas, lo llena a uno (...)

La humanización se considera relevante para la recuperación del paciente, como lo expresa Ruiz (1985 citado en Bermejo, 2004, p. 33), al paciente hay que “convertirlo en protagonista de su proceso de curación”, tener hacia él una actitud de acogida y reconocimiento, como lo expresan Óscar:

...yo pienso que uno no debería referirse a las personas por las patologías que tiene o el señor de la cama tal, no, todos tenemos un nombre y eso nos hace como más sensibles frente a lo que le está pasando a la otra persona.

4.3 El profesor: ¿Un ‘instrumento’ para el aprendizaje del estudiante?

Las relaciones que se establecen entre los actores: estudiante y profesor, que participan en el proceso educativo, pueden influir favorable o desfavorablemente en el aprendizaje y en el desempeño como futuro profesional de enfermería; esto ha podido observarse durante la práctica clínica que realizan los estudiantes de enfermería, donde se viven situaciones que son consideradas por ellos como importantes para su formación. Noll (1982 citado en Van Manen, 1994) describe la relación pedagógica entre el pedagogo y el niño como una “relación sumamente experienciada” caracterizada por tres aspectos. Primero, la relación pedagógica es una relación muy personal estimulada por una especial cualidad que emerge espontáneamente entre el adulto y el niño. Segundo, la relación pedagógica es una relación intencional donde el propósito del profesor es por un lado, cuidar por lo que el niño es y por el otro, cuidar por lo que el niño podría llegar a ser. Tercero, el educador debería debe ser hábil para interpretar y entender la situación actual de los niños y anticipar el momento cuando el niño en completa autorresponsabilidad puede participar cada vez más en la cultura.

En este sentido, los estudiantes de enfermería expresan satisfacción o insatisfacción en su aprendizaje, en diferentes momentos de la práctica dependiendo del desempeño y el actuar del profesor, de la relación que se establece entre ellos de la que se generan sentimientos de temor, de seguridad, de satisfacción por los logros obtenidos y por el reconocimiento que se les hace

por su desempeño o por el contrario la insatisfacción que sienten cuando la práctica no llena sus expectativas. Los estudiantes manifiestan que el profesor influye grandemente en su formación. En los párrafos siguientes se da cuenta de estas situaciones.

4.3.1 El profesor que apoya y la dependencia del estudiante hacia él

La relación de apoyo, de ayuda, que el profesor le brinda al estudiante de enfermería durante la práctica clínica puede facilitarle a éste su aprendizaje, le da seguridad, contribuye a disminuir sus temores y angustias.

El profesor se convierte en alguien en quien el estudiante puede confiar, con quien puede contar dados los conocimientos y experiencia que posee. De esta manera el estudiante de enfermería evita cometer errores con los pacientes.

Las relaciones del profesor en el proceso educativo deben dirigirse a conocer las necesidades, intereses, dificultades y aptitudes de sus estudiantes con el fin de guiar y orientar su proceso educativo, con motivación e información en cuanto a los contenidos y a las técnicas; este conocimiento le permite al profesor definir el tipo de ayuda que cada estudiante, como ser humano particular, necesita para un mejor desarrollo de su aprendizaje. El profesor eficaz (s.f).

El profesor pasa de ser un explicador o aclarador de conceptos y técnicas, a convertirse en guía y orientador del proceso de aprendizaje del estudiante.

En las primeras prácticas clínicas, hay temor en el estudiante de enfermería, para interactuar con los usuarios de los servicios; sin embargo la comunicación continua con el profesor, los estímulos que éste le brinda, el reconocimiento que el profesor hace de la actuación del estudiante como ser en formación, las intervenciones oportunas de las que se derivan observaciones para corregir

errores y, la relación horizontal entre ambos, contribuyen a que el estudiante se vuelva más seguro para actuar.

Para el estudiante es muy importante la seguridad. Esta seguridad es vista desde la que posee y demuestra el profesor con sus conocimientos y su práctica y, la que el puede ganar a partir de la seguridad reflejada por el profesor. Para el estudiante es necesario, sentir y ver seguridad en el profesor en los primeros semestres de la carrera; esto es muy importante para su formación pero, lo es también, el logro posterior de su independencia para actuar en las actividades propias del enfermero en los sitios de práctica.

En el proceso inicial de formación, primeros niveles de la carrera, el estudiante se ve a si mismo como una persona muy insegura, lo que lo lleva a ser receptor de los conocimientos y de las experiencias que tiene el profesor, es totalmente dependiente de la orientación y guía de éste, enmarcándose en un modelo pedagógico tradicional, centrado en el conocimiento del profesor que se convierte en transmisor del mismo.

Según el documento, "El profesor eficaz" (s.f), este tipo de educación responde a un modelo tradicional basado en la transmisión de conocimientos. El profesor que es el que sabe y transmite sus conocimientos al alumno que es el que no sabe. Es como depositar en un banco (mente del alumno) unos valores (los conocimientos), como si de un receptáculo, se tratara. Este modelo de educación responde a ideas autoritarias y paternalistas y tiene una clara estructura vertical. Con él se puede decir que se consigue información pero no formación. Paulo Freire denominaba a esta educación *modelo bancario*.

Vanesa expresa como las relaciones de apoyo y dependencia que se establecen entre el profesor y el estudiante durante la práctica clínica, contribuyen a su formación:

“A mi me parece primordial, porque uno llega muy asustado para tratar directamente con los usuarios pero ve como el guía, el docente que está al lado, que le está diciendo: `está bien, hágale`, y si ve que hay algún movimiento o alguna cosa que no está bien, ahí mismo la intervención de él es muy importante antes de cometer algún error. Para mi es la seguridad, en los primeros semestres”. ”

Cuando el profesor brinda seguridad y apoyo al estudiante, éste aprende mucho mejor los procesos; los aprende y los seguirá haciendo bien. De esta manera el acto educativo fortalece positivamente al estudiante, que se motiva para aprender, explorar y comprobar lo aprendido, reforzando de esta manera los conocimientos. Hay correspondencia entre la seguridad (confianza) que el profesor da al estudiante y la calidad del aprendizaje.

“Este aprendizaje ha de ser significativo y activo de modo que la resolución de problemas se convierta en una estrategia central. Se concibe el aprendizaje no sólo como mera acumulación de información, sino como el elemento más significativo para la resolución y nuevo planteamiento de problemas reales, de manera que el alumno se convierta en constructor activo de su conocimiento”. “El profesor eficaz” (s.f.).

Para Margarita, el apoyo del profesor ha sido muy importante en cuanto a que ha ganado seguridad en su formación profesional:

“(...) si mi profesor me da la seguridad para hacer un procedimiento, yo ese procedimiento lo aprendo bien y voy a seguir haciéndolo bien (...)”

4.3.2 El reconocimiento y el aprendizaje

La relación de ayuda y apoyo establecida con el profesor, debe fomentar la autonomía del estudiante, para él son necesarias las demostraciones de confianza por parte del profesor. El estudiante reconoce la importancia de la presencia cercana del profesor para sentir seguridad en lo que está haciendo y aprendiendo en la práctica; sin embargo reclama autonomía en su proceso de aprendizaje para que este sea más exitoso. Expresa satisfacción cuando siente que puede actuar con autonomía.

“Conceptos soportados en el modelo educativo que propugna un proceso en el que la figura del profesor ya no es la de alguien que solo enseña y dirige sino la del que acompaña para estimular el análisis y la reflexión, para facilitar ambos, para aprender con y del alumno, para deconstruir la realidad y volverla a construir juntos (...) no se basa en mera adopción de nuevas tecnologías ni en el condicionamiento mecánico de conductas sino en el paso de un alumno acrítico a un alumno crítico (...)”. “El profesor eficaz” (s.f)

Rosa y Oscar comentan cómo han ganado seguridad y autonomía gracias al apoyo y orientación del profesor:

“(...) han sido más que profesoras, compañeras y guías la mayoría, lo importante es tener esa persona ahí que te guíe, pero que también te deje hacer las cosas según tus pensamientos, que te deje tomar decisiones, porque si no es ahora ¿entonces cuando?” Rosa

“(...) pienso que he tenido un apoyo grandísimo por parte de la asesora de práctica (...) ella está constantemente pendiente, nosotros le estamos pasando informes de lo que hacemos y nos

da cierta libertad para desempeñarnos y desenvolvernos (...)

Óscar

El reconocimiento y la confianza que el profesor demuestra por el trabajo del estudiante, es necesario para que este crezca. Animarlo para que actúe y permitirle la participación activa le ayuda en su formación. Cuando el estudiante es reconocido y respetado por lo que sabe y hace en el proceso de su formación profesional se siente satisfecho y estimulado para seguir hacia adelante. En muchas universidades en el mundo están haciendo análisis sobre el rol del profesor en el proceso enseñanza aprendizaje, a partir de ello están “reorientando su filosofía educativa a favor de nuevos modelos orientados al aprendizaje donde los actores principales del proceso educativo son los estudiantes” alejándose de aquellos modelos que tienen como único protagonista y responsable del acto educativo, al profesor. “El rol del profesor” (s.f).

Así resaltan Margarita y María la importancia que para su formación ha tenido la confianza dada por el profesor

“Mi profesora estaba ahí a mi lado y confiaba en mí. Eso me ayudó mucho, fue positivo ver que sí era capaz aunque fuera en cuarto semestre y estuviera muy primípara en muchas cosas (...)

Margarita

“Me parece que al estudiante, tanto los docentes como la gente de la institución, lo tienen en cuenta y lo respetan como estudiante” *María*

4.3.3 Formación con autonomía

El estudiante confía en el profesor, reconoce que su saber idóneo es un elemento esencial en el proceso educativo; confía en el apoyo y la orientación que pueda

recibir del profesor, pero también expresa la importancia de tener una formación autónoma, de responsabilizarse de su formación, independiente de la orientación de profesor, cuando éste demuestra poca idoneidad como docente y como profesional. Al respecto Margarita expresa:

“(...) todos esos cambios que ha habido durante la carrera me ha llevado a dos cosas, o estudio sola y si tengo dudas pregunto al docente que yo crea con más idoneidad para que me responda, o no estudio y espero a ver qué pasa afuera; entonces siempre es como ese dilema, sin saber qué hacer durante todo ese proceso de aprendizaje”

Una relación de dependencia total fomentada por el docente, no deja avanzar al estudiante en su proceso de formación, le genera sentimientos de temor para actuar de manera independiente, para desarrollar con autonomía el trabajo profesional. Una personalidad ‘absorbente’, ‘terca’, ‘temerosa’ del/a profesor/a que impide el crecimiento del estudiante, coarta su autonomía, no le brinda oportunidades que le permitan crecer profesionalmente.

Andews y Roberts (2003) señalan que el medio clínico es rico en experiencias de aprendizaje y que este es más significativo si el estudiante participa activamente. En el aprendizaje del estudiante influye el rol del profesor sin embargo hay evidencia de éxito en la práctica del estudiante a parte del profesor, algunos estudiantes tienen éxito sin trabajar al lado del profesor.

En este sentido, Patricia reclama del profesor confianza

“(...) no sé, es como desconfianza o no sé qué habrá detrás de eso pero todavía nota uno como temor, soltarlo a uno y entonces a uno ese temor se le transmite, todavía a estas alturas se siente muy, muy dependiente de la profesora, de la

docente; por ejemplo yo estuve con mi docente todo el tiempo, yo nunca tuve esa experiencia de que no estuviera a mi lado, de que yo me enfrentara sola (...)”.

4.3.4 La presencia del profesor

Una relación distante entre el profesor y el estudiante le genera a éste un sentimiento de soledad, una sensación de falta de apoyo, de acompañamiento, de mayor orientación para el logro de un mejor aprendizaje. La ausencia del profesor para orientar el acto de aprendizaje puede generar inseguridad en el estudiante y dudas sobre la calidad de lo realizado y lo aprendido.

Esta fue la experiencia de Margarita: no contó con el apoyo del profesor

“Sí, o sea, lo más duro es saber que nunca en mi vida he hecho algo y que mi profesor no está ahí para decirme cómo lo hago, sino que me diga: “usted sabe que hacer, ¡hágalo!, yo vengo en media hora, yo estoy por ahí rondando (...)”

O por el contrario, la falta de acompañamiento por parte del profesor en un momento crucial del aprendizaje, como es la realización de algún procedimiento, puede estimular el desarrollo profesional en la medida que el estudiante acepta el reto impuesto por el profesor, ganando seguridad, confianza y autonomía, actuando sin su presencia directa, responsabilizándose más de su formación.

Margarita tuvo oportunidad de vivir también esta experiencia, con resultados positivos:

“igual yo no se qué es lo que me ven los profesores a mi pero siempre me dejan sola en el momento más crítico, pues cuando

me siento como mas insegura me dejan sola, siempre me alientan a que lo haga (...)

“(...) antes de ingresar era muy insegura, me veían así y me dejaban sola, en lo más crítico, en lo que más miedo me daba. Eso era duro pero me ayudaba a cambiar, a confiar más en mí; a pensar que yo sí había estudiado y que sabía y lo podía utilizar”

El docente que está presente, disponible cuando el estudiante lo necesita para fortalecer su aprendizaje; el docente que sabe acompañar, que orienta con paciencia, que brinda confianza al estudiante, que es creativo y recursivo para acompañar al estudiante según las limitaciones que él tenga, genera satisfacción, seguridad y bienestar.

El conocimiento del estudiante por parte del profesor enriquece el aprendizaje, dado que se puede individualizar la enseñanza para responder a sus necesidades. Al respecto, Van Manen (1994) dice que “la pedagogía como una forma de indagar implica que uno tenga un conocimiento relacional de los niños, que uno entienda los niños y los jóvenes: cómo los jóvenes experimentan cosas, qué piensan ellos, cómo miran el mundo, qué hacen, y lo más importante, cómo cada niño es una persona única. Un profesor que no entiende la vida interior de un niño no sabe quién es ese ser que está aprendiendo (...) Un pedagogo es un educador que tiene un compromiso e interés personal en la educación y el desarrollo de los niños hacia la madurez del adulto”

Para Vanesa la presencia del profesor cuando lo necesitó fue muy satisfactoria:

“ Tuve dificultades en el cuarto semestre con los medicamentos, ¡Dios mío, yo lloraba!, decía: ‘qué es esto tan horrible’ y el

docente estuvo al lado mío con paciencia: ‘esto es así, venga hágale’, hasta en momentos de descanso estaba siempre disponible para enseñarme, para que adquiriera seguridad, porque no da margen de error esta profesión, la disponibilidad que le ofrecen a uno es total. Eso es primordial, el acompañamiento es completo, yo me siento muy satisfecha con eso”.

4.3.5 La calidad del docente

Una relación horizontal entre el estudiante y el profesor permite profundizar en el aprendizaje. Dejar de ver el docente como una persona que está en un plano inalcanzable, mirarlo como lo que es: un ser humano. Si se crea un ambiente amable entre el profesor y el estudiante se favorece el aprendizaje, en cuanto el estudiante puede aprovechar mejor los conocimientos que posee el profesor, además; se puede realizar un buen trabajo en equipo.

Margarita reconoce la importancia de las buenas relaciones con el profesor

“Ya no es, esa relación vertical que el docente lo maneja todo, que lo sabe todo, que lo que él diga, cambia a una relación más horizontal, puede uno aprender más de ellos, (...)

La calidad del profesor influye en el desarrollo de la práctica, si éste demuestra interés y compromiso por la docencia, va a acompañar y a orientar al estudiante durante la práctica, lo va a corregir oportunamente, de lo contrario el estudiante corre el riesgo de aprender con errores y se desempeñará con mala calidad. Kanitsaki y Sellick (1989) expresan que los estudiantes de enfermería dan gran importancia al rol del instructor de la clínica, sus comportamientos, asociados a la orientación, la demostración del rol de enfermería, la aplicación de la teoría a la práctica y la evaluación, les permite aprender más.

Para Andrews y Roberts (2003), un buen mentor desde la perspectiva del estudiante es alguien que apoya, que actúa como un buen modelo, que enseña, guía y asesora; alguien con preocupación sincera y con un profundo interés de los estudiantes.

Para (Van Manen (1994 p. 23) las virtudes y cualidades de un buen profesor son la paciencia, la confianza, el humor, la diligencia, la creencia en los jóvenes, el tener un especial conocimiento y la habilidad para entender el significado y la relevancia de las dificultades, la disciplina, el interés y otros aspectos del aprendizaje.

Margarita expresa lo que puede implicar el contar con alguien que no es buen docente:

“si yo desde el principio sé que mi profesor no es bueno y que está por estar, entonces mi práctica va a ser totalmente diferente, es lo que yo sepa y si yo me equivoco pues me equivoque y ya, y ¿quien me va a corregir, entonces lo voy a seguir haciendo mal”

Para el estudiante hay una correspondencia entre la imagen del buen profesor y el nivel de exigencia para el desarrollo de la práctica; cuando el profesor es bueno, exige más, pregunta más. Con este tipo de profesor el estudiante se exige más, estudia más.

La calidad del profesor es vista por el estudiante como un aspecto positivo para su formación. Positivo en cuanto a la exigencia en doble vía que se da en el proceso educativo, porque si el docente es buen, el estudiante puede exigirle más para su

aprendizaje, además el buen profesor exige y evalúa al estudiante, esto es muy importante para él.

Igualmente, Margarita habla de lo que implica tener un buen docente

“si usted tiene un buen profesor o una buena referencia del profesor, entonces ya se va programando: Tengo un profesor que me va a preguntar, que me va a tirar a corchar, o que me va a exigir entonces uno ya sabe que va a estudiar más (...)”

“(...) si yo tengo un profesor bueno, tengo toda la libertad para exigirle que me enseñe, yo sé que me va a enseñar y que me va a poner a prueba y que en todo lo que yo voy a hacer durante la práctica, mi profesor me va a estar midiendo, y para mí eso es muy importante, que un profesor me exija y me evalúe”

Para el desarrollo de la práctica es clave no solo la pericia y experiencia clínica del docente, sino también su formación como pedagogo; un buen docente no solo sabe de la disciplina sino que tiene una buena relación pedagógica con el estudiante. “El profesor es un educador y no un simple transmisor de conocimientos. Es una persona que debe tener conceptos sólidos y amplios en lo que enseña para poder integrarlos en el plan de estudios. Además, debe tener conocimientos sobre las disciplinas que apoyan su desempeño docente como la filosofía, la pedagogía, la psicología y la sociología; igualmente debe tener habilidades críticas y creativas para observar, cuestionar, innovar y evaluar su propio proceso de enseñanza aprendizaje. Actúa con una actitud de respeto e interés por el estudiante como persona y como ser en formación profesional; el buen docente está motivado para mejorar su desempeño como tal de manera permanente”. “El rol del profesor” (s.f).

En este sentido Martha dice

“(...) pienso que para las prácticas al profesor de cátedra deberían elegirlo muy bien, no solamente ese profesor que tiene la experiencia clínica, sí, eso es muy importante, pero deberían hacerle una preparación previa de lo que es ser docente, de lo que es pedagogía, pues porque hay gente que sí, que tiene pericia, pero le faltan muchas cosas para ejercer la docencia”

El docente de enfermería debe tener unos requisitos mínimos como son: la formación pedagógica, la habilidad para el manejo de grupo, la capacidad para identificar dificultades en los estudiantes y la habilidad para interrelacionarse con ellos.

En el proceso de selección de los profesores de enfermería deben tenerse unos criterios claramente establecidos que se orienten a su formación y desempeño, no sólo como profesionales sino también, idealmente, como pedagogos; sin embargo, este último aspecto es difícil de cumplir debido a que cuando se egresa del programa de pregrado se ingresa a trabajar como enfermero/a en el mundo laboral en los ámbitos clínico, comunitario y comercial; por ende, la formación como docentes no está en la mente del profesional de enfermería, sino hasta el momento en que se vinculan a una institución de enseñanza técnica o superior.

En un estudio para identificar los roles del asesor en la enseñanza clínica, (Oermann, 1996) encontró que si bien los asesores juegan un rol importante en la enseñanza de los estudiantes de enfermería, no todos los programas han diseñado el marco para ese rol. Algunos de los criterios de selección de los asesores son: una preparación educativa en el nivel de enfermería para el que trabajan, poseer experiencia como docentes de enfermería; así mismo los conocimientos y habilidades requeridas por los asesores para emprender la

enseñanza en la clínica, como también los contenidos de los programas para la preparación de los asesores.

El profesor fortalece las experiencias que se tienen en la práctica. No importa el sitio, lo más importante es la habilidad que tenga el docente para buscar las experiencias de aprendizaje. En una buena práctica, el aprovechamiento de todas las oportunidades de aprendizaje que pueda brindar la institución de salud, depende del/a docente. Así lo expresa Óscar:

“A ver: considero que todo depende del asesor; la institución nos presta, nos facilita el sitio donde nosotros vamos a practicar, pero es la asesora quien fortalece las experiencias que se van teniendo”

En el proceso de articulación de la teoría (lo ideal) a la práctica (lo real) y en la interacción con los usuarios de los servicios de salud, es decir en la dinámica que se vive en el desarrollo de la práctica, cobra gran importancia la labor del profesor en cuanto a la profundidad de sus conocimientos, a la calidad humana con la que interactúa tanto con los estudiantes como con los usuarios; al nivel de exigencia para con el estudiante; con ello contribuye a que el aprendizaje sea más significativo.

Para Verónica la confrontación entre lo ideal, lo real y el desempeño del docente es muy importante:

“(…) nosotros no nos podemos quedar aquí desde lo teórico, desde lo ideal porque hay que estar mirando entre lo ideal, lo posible y lo real. Siempre en el contacto con los usuarios y con los grupos son vitales la asesoría, el conocimiento y la parte humana del docente, porque siempre se va a encontrar que las prácticas más significativas son de los asesores y docentes que

le permitieron al estudiante un aprendizaje (...) este tiene mucho que ver con los escenarios de práctica y con el asesor, es vital la interacción en los escenarios de práctica, indudablemente...”

El docente es clave para que la práctica sea buena o mala, independiente del escenario donde esta se realice. El buen docente se capacita para ello; el docente que está comprometido/a con la profesión, la refleja, la enseña. El buen docente, esté donde esté, enseña e irradia su práctica, su disciplina; tiene una formación integral, es competente como profesional y como ser humano, es un modelo, está empoderado del saber y del ejercicio disciplinar y, lo enseña a los estudiantes. “El buen profesor organiza el ambiente de aprendizaje en coherencia con la filosofía del modelo pedagógico centrado en el estudiante, para que logre un aprendizaje significativo, de esta manera se requiere la figura de un/a profesor/a con amplio bagaje cultural y pedagógico y, agregaría, con amplio bagaje disciplinar y humano enmarcados en los principios de la ética”. “El rol del profesor” (s.f).

Martha resalta las características de un buen docente que ha contribuido a su formación profesional:

“(...) siempre he contado con unas docentes muy buenas, pero también ha habido encuentros con docentes que uno no las ve buenas y uno ve la diferencia con la docente que tiene una formación muy integral, que es muy competente en su conocimiento pero también en la parte humana, que ve la enfermería como algo grande, que se apropia, que está empoderada de su profesión, y eso lo refleja, lo enseña. Puede ser que estés en la peor institución del mundo, donde no hay nada con qué trabajar, pero esa docente te muestra cosas nuevas, te enseña cosas que ni te las imaginas, y dices caramba! todo lo que yo aprendí aquí con esta profe!

Pero, el docente se puede convertir, también, en un referente negativo para la formación del estudiante, en el sentido de que “no es inspirador” de su estudio, del aprendizaje, de la creatividad. Esto genera una sensación de impotencia en el estudiante; como lo expresó Margarita

“(...) no hay docentes que inspiren a que los estudiantes estudien (...) hay una sensación de impotencia, de no hacer cosas nuevas porque los docentes no inspiran...”

Otro referente que es negativo para el estudiante, es el profesor inflexible cerrado, rígido, que no escucha o permite sugerencias de parte del estudiante para desarrollar determinadas actividades. Es un profesor que desconoce el aprendizaje previo del estudiante, que desconoce el saber de otros profesores; un profesor que impone sus criterios sin permitir al estudiante argumentar o crear. Este comportamiento del profesor desmotiva al estudiante para su aprendizaje.

Es el profesor con una práctica docente que está enmarcada en el modelo centrado en los contenidos. “En este modelo se marca como objetivo que el alumno *aprenda*, tiene como ejes principales al profesor y a los libros de texto. Impera la importancia del dato sobre la del concepto, dándose poca importancia a la comunicación y a la actividad participativa. Se premia la memorización y se castiga la reproducción poco fidedigna del modelo original transmitido, con lo que la creatividad y la elaboración personal del alumno se reprime y es considerada como error. De esta forma, al admitir como única verdad la del profesor, se desvalorizan las experiencias vitales del alumno. Se trata de una educación esencialmente autoritaria dominada por el emisor (profesor), es decir, se trata de poner en práctica una comunicación unidireccional”. “El profesor eficaz” (s.f).

El testimonio de Margarita refuerza esa descripción del modelo educativo centrado en el profesor

“(…) aquí hay un problema: siempre dejamos todo eso de la motivación en el docente, y el estudiante tiene que motivarse, así sea muy difícil, así sea el mejor, pero se tiene que motivar. Pero un docente que nos diga: es que “no haga esto así porque así ya no se hace”, -profe pero es que así me lo enseñaron en cuarto semestre-, “no, pero aquí lo vamos a hacer así”, -profe, pero es que mire que es lógico, es más útil y es más beneficioso para el paciente hacerlo de esta forma-, “no, lo vamos a hacer así, así y así”, - profe, pero es que mire- , ¡no ya!, “lo vamos a hacer así” , y ha pasado con muchos estudiantes, nos ha pasado mucho a nosotros, (…)”

4.3.6 Todo sujeto enseña

Todos los actores del ambiente educativo, los profesores, el recurso humano de las instituciones donde se realiza la práctica como el personal de medicina, de enfermería y los otros profesionales del equipo de salud, y, además, muy importantes, los pacientes, aportan a la formación del estudiante; la interacción con todos ellos, aporta a su aprendizaje. Es un aprendizaje soportado en la relación e interacción con otros, donde todo sujeto enseña.

El profesor puede o no ser modelo digno de imitar por parte de los estudiantes. Si es un modelo positivo, los estudiantes lo siguen. Igual sucede con los profesionales de enfermería que laboran en las instituciones de salud, pueden despertar interés y motivación en los estudiantes que deciden imitarlos.

Así ve María la influencia del profesor:

“(...) si el docente es excelente, uno tiende a imitarlo, el estudiante tiene modelos a imitar, y no sólo a los docentes sino modelos positivos en el servicio donde cumple la práctica”

Las diferencias entre los profesores, claramente visibles para los estudiantes en cuanto a las metodologías que unos y otros utilizan para el desarrollo de las prácticas son vistas como algo positivo que contribuye también a la formación, por ejemplo cuando un profesor enmarca su trabajo basado exclusivamente en la aplicación de la teoría, es visto de manera diferente del que, además de la teoría, ve y trata al usuario de una manera integral. Este se acerca más a lo que deben aprender los estudiantes sobre lo que es el cuidado de enfermería, esto influencia su proceso de formación, como lo expresa Óscar:

“(...) sí, yo pienso que hay docentes que lo marcan a uno. Cada docente de la facultad tiene diferentes metodologías a utilizar en su práctica, tiene diferentes formas de trabajo, y uno como estudiante se va adhiriendo a esas formas de ser, a esas metodologías de trabajo, y se va contagiando de este tipo de cosas; hay profesores muy teóricos, sobre todo en la parte clínica que se limitan sólo a ciertas cosas, hay otros que abarcan al paciente de una forma mucho mas holística, y eso va influenciando a sus estudiantes la forma como ellos deben brindar ese cuidado a los pacientes (...)

Cuando hay diferencias conceptuales entre los profesores el estudiante asume una actitud crítica frente a su formación, ve como positivo este aspecto porque se motiva a estudiar e investigar más para aclarar y aprender los conceptos. Al respecto Carmenza expresa:

“... La clínica ha sido difícil, ha sido difícil estar aquí y compartir y aprender de tantas cabezas tan diferentes, docentes con

conceptos tan diferentes unos de otros en un mismo tema, pero eso me invita a mí a estudiar más, me satisface saber que puedo aprender mucho más y que no hay una sola verdad, que puedo aprender y aprender y buscar y cuestionar...”

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La educación se orienta entre el deseo de narrar y la narración del deseo, se orienta de un lado a la formación de una identidad que se encuentre comprometida con la recepción conjunta de los textos (teoría), y de otro lado nuestro aprendizaje como humanos es una práctica narrativa en la cual aprendemos a contarnos nuestros sueños, pasiones, propósitos, sentimientos, y es entonces donde re-construimos nuestra propia narrativa. Ricoeur (1996 citado en Melich 1998, p.93).

La teoría es la narración de lo que ha pasado como procedimiento para obtener un saber educativo; pero es en la práctica donde debe ser contada, por lo que ésta debe ser reflexiva, argumentada, crítica y analizada una práctica capaz de ser narrada, pero también capaz de seguir narrándose, y muy responsable de lo que aún queda por decir.

La integración de la práctica y la teoría en la educación en enfermería ha sido y seguirá siendo un deber y un gran reto para las enfermeras en el escenario clínico y académico.

El rol asumido por cada uno de los integrantes en ambos escenarios es importante para acortar la brecha, esto ayuda a su consolidación. Tanto el personal de enfermería del escenario clínico como del académico, deben trabajar juntos y en colaboración, en pro del desarrollo disciplinar.

El escenario clínico le permite al estudiante identificar los cambios reales de la enfermería, profundizar en los aspectos teóricos. La habilidad para integrar la teoría y la práctica, de re-crear esa teoría, de plasmarla en la realidad, hace de esta experiencia un aprendizaje significativo.

Para acortar la brecha es necesario apropiarnos de los resultados de las investigaciones en el área clínica e implementar los resultados en la propia práctica. Así lo reafirma: Rolfe (1996 citado en Corlett, 2000) al decir que la dicotomía está compuesta por conceptos teóricos y sugiere que la teoría de enfermería requiere ser recontextualizada; entonces la teoría y la práctica se informan y se desarrollan la una a la otra. Pero Dale (1994 citado en Corlett, 2000), sugiere que no hay brecha entre la teoría y la práctica, ya que hay dos perspectivas teóricas diferentes que son usadas por los profesores y por los practicantes en la clínica. El conocimiento de las experiencias es necesario para juntar ambas perspectivas, definir las, reflexionarlas y obtener un nuevo entendimiento. Por último Jones (1997 citado en Corlett, 2000) también evoca la reflexión en la práctica en orden a alcanzar la praxis.

Por los hallazgos encontrados en la investigación y por la vivencia de las investigadoras en docencia, podemos concluir que persiste la brecha, esto debido a que el proceso de formación va encaminado hacia lo ideal, pero en los escenarios de práctica el estudiante se puede encontrar con otra realidad la cual puede estar asociada a la falta de recursos físicos, materiales, económicos y humanos, a la asignación de funciones que no son de la competencia del profesional de enfermería; además, la imagen y el concepto que tiene cada uno de su desempeño.

Lo anterior puede llevar al estudiante a ceñirse a la realidad institucional y dejar a un lado lo realmente aprendido en la academia. Sin embargo es de anotar que como profesionales de enfermería no podemos desconocer nuestro objeto de estudio: el cuidado al ser humano a nivel individual y colectivo.

Los docentes debemos ser un apoyo para los estudiantes acompañándolos durante su proceso de formación y socialización como profesionales de

enfermería, para que integren la teoría y la práctica y entretengan lo ideal con lo real. Tanto los enfermeros del escenario clínico como del académico, debemos estar capacitados y actualizados, trabajar de manera conjunta para que el estudiante reflexione sobre su propia experiencia, participe, transforme y reconstruya esa realidad.

Los estudiantes se reúnen en espacios o instituciones de salud públicas o privadas para realizar su práctica clínica, para integrar todo ese contenido teórico que han adquirido y aplicarlo en un contexto llamado práctica; para establecer relaciones más estrechas con el paciente, con el docente, con la familia del paciente, con el equipo de salud. Comienza para ellos un nuevo mundo, una nueva experiencia, desarrollan una serie de actividades que lo llevan a darse cuenta de lo que realmente es la enfermería en una institución de salud y a formar su verdadera identidad profesional. Allí tendrán la posibilidad de desempeñarse como verdaderos profesionales de enfermería, o por el contrario, lo llevarán a experimentar una serie de sentimientos, de emociones que lo harán reflexionar sobre si enfermería es lo que realmente les motiva.

Las nuevas realidades en el diario vivir de la práctica clínica, afianzan cada vez más la necesidad de construir una nueva cultura de la solidaridad y de la convivencia, lo que plantea retos en términos de las relaciones, las que cada vez se hacen más horizontales, más participativas y más democráticas.

Se deben establecer relaciones dinámicas entre docentes, estudiantes, equipo de salud, paciente y familia, con el fin de trabajar conjuntamente y así lograr que el estudiante tenga una formación óptima, acorde con la realidad y las necesidades de la sociedad y la institución en la cual se está desempeñando, que le permita realizar un verdadero trabajo en equipo.

Por lo tanto el estudiante, para ser reconocido o hacerse reconocer, necesita enlazar su relación con los demás, con lo otro y con los otros, con el docente, con el paciente, con el equipo de salud, con la familia; además, necesita esa motivación, ese empuje que constituyen las otras personas para seguir adelante, necesita de un mentor, de un docente que lo guíe y lo lleve por todo este proceso de práctica clínica.

Trabajar juntos significa que el enfermero, los auxiliares de enfermería, los estudiantes y el personal de otras disciplinas se comprometan a alcanzar los objetivos, ejerciendo su autonomía y liderazgo, reconociendo su interdependencia. El compromiso se centra en la consolidación de ambientes que se fundamenten en el diálogo directo de tal manera que se respire un verdadero clima de confianza, de tolerancia, de satisfacción, de motivación y de pertenencia.

Cuando el estudiante y el equipo de salud se comunican, lo hacen poniendo en contacto sus referentes significativos; a partir de aquí cada uno atribuirá un significado a la interacción en función de su marco interpretativo, pero también en función de su capacidad de acceso a la estructura con la que el otro sujeto interpreta sus propios pensamientos, sentimientos y acciones; sólo la negociación a través del diálogo, del significado que otorguen a la interacción, les permitirá derivar una comprensión no arbitraria sino fundada en el acuerdo intersubjetivo.

Al referirnos a las relaciones estudiante-paciente en los escenarios de práctica clínica vemos como el ser humano, a lo largo del ciclo vital, se caracteriza por estar en permanente interacción con el otro, en diferentes ámbitos y escenarios que posibilitan el establecimiento de relaciones intersubjetivas mediadas por una interacción comunicativa, favoreciendo así un acercamiento y obtención de la información del paciente requerida por estudiante lo que lo lleva a una mejor calidad en el cuidado.

En la experiencia de la práctica clínica tiene gran significado para los estudiantes de enfermería, el docente, por lo que representa como profesional, como ser humano y como pedagogo que contribuye en su proceso de formación profesional. La interacción que se establece entre los estudiantes y el profesor en el escenario de práctica es reconocida por ellos en la medida que les permita crecer tanto profesional como personalmente.

Los hallazgos de esta investigación en cuanto a las relaciones profesor – estudiante, en la práctica clínica son aspectos que deben ser tenidos en cuenta para repensar y fortalecer el perfil del docente que está contribuyendo a la formación de los/as profesionales de enfermería y, para profundizar en las estrategias pedagógicas tendientes al logro de aprendizajes significativos donde el estudiante sea el actor principal del proceso.

La ética es importante que la interacción estudiante- paciente en la práctica clínica, se realice teniendo en cuenta los principios éticos, principalmente el respeto en lo que concierne al trato personalizado, reconociendo que el paciente tiene un nombre por el cual debe ser llamado en vez de un diagnóstico o un número de cama, como suelen hacerlo algunos funcionarios en determinados momentos. Éste es un aspecto que hay que fortalecer más en los estudiantes a través de los seminarios de ética que reciben en su proceso de formación. Al respecto vale la pena autoevaluar la capacidad de disfrute de la profesión a través del encuentro con el paciente en actividades de cuidado durante el nacimiento y el proceso de enfermedad, recuperación de la salud o de muerte.

El abordaje de los aspectos antes esbozados, ha sido planteado a partir de los testimonios de los estudiantes entrevistados; por tanto las percepciones que se tengan de los pacientes son exclusivas de las referencias expresadas por los participantes.

Sería interesante realizar una investigación sobre la experiencia de los docentes, los pacientes y los otros actores de los escenarios de práctica, con los estudiantes en esos sitios; esto permitiría obtener la visión de todos los actores que contribuyen al proceso de formación; para que mediante el análisis se defina la calidad de las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería y se puedan fortalecer o modificar los contenidos curriculares, de tal manera que den respuesta a la formación del profesional de enfermería que la sociedad necesita.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Hernández, R.M. (2003). Actitudes y valores profesionales de enfermería: análisis del proceso formativo. *Desarrollo Científico de Enfermería* 11(8) 230-234 en [http: www.enfermeria.com.mx](http://www.enfermeria.com.mx) . Acceso (22 – marzo – 05)
- 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 (I) *Enfermería Científica* 194-195:25-30. <http://www.enfermeriacientifica.com>. Acceso (22 – marzo – 05)
- Andersson, E.P. (1993). The perspective of student nurses and their perceptions of professional nursing during the nurse training programme. *Nurse Advanced Journal*, 5(18)
- Andrews, M. y Roberts, A. (2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. *Nurse Education Today* 23, 474 - 481. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero- 2005)
- Ansari, E. (2002). Student nurse satisfaction levels with their courses: part I – effects of demographic variables. *Nurse Education Today* 22 159 -170. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero- 2005)
- Ansari, E. (2002) Student nurse satisfaction levels with their courses: part II – effects of academic variables. *Nurse Education Today* 22 171 – 180 En

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)

Ansari, W.E. y Oskrochi, R. (2004). What “really” affects health professions students’ satisfaction with their educational experience? Implications for practice and research. *Nurse Education Today*, 24, 644 – 655. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)

Aranguren Iraizoz, J. M. (1975). *Formación de la enfermera, perspectivas de una profesión*. Pamplona: Eunsa.

Barcelona, F. y Melich, J.C. (1996). *La educación como acontecimiento ético. natalidad, narración y hospitalidad*. Barcelona: Paidós.

Bermejo, J. C. (1999). *Salir de la noche: por una enfermería humanizada*. Barcelona: Sal térrea.

Campos, A., Cardoso, M.V. y Barroso, M.G. (2002). *Vivencia de la enseñanza-aprendizaje, teoría y práctica, en el sistema de alojamiento conjunto*. *RENE*. 3(1):73-77 2. Acceso (22 - marzo – 05)

Castrillón, M.C. (1993). La práctica de la enfermería como objeto de estudio. *En: Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia*. 10(2) 15-28.

Castrillón, C. (1995). El cuidado de los enfermos y de la salud. *En: La dimensión social de la práctica de enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia

Castrillón, M.C. (1997). *La dimensión social de la práctica de la enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia

- Charmaz, K. (2000). Grounded Theory: Objectivist and constructivist methods. En *Denzin, N.K. y Y.S. Lincoln (Eds). Handbook of Qualitative Research*; Thousand Oaks. Sage; 2000. 509 -536.
- Charmaz, K. (1983). The Grounded Theory Method: An Explication and Interpretation. En: *Emerson, R.M. (Ed.). Contemporary field research*. Boston: Little, Brown
- Cibanal, L. y Arce, M.C. (1991). *La Relación enfermera - paciente*. Universidad de Alicante
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses an preceptor of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20, 499-505. En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26 -febrero -2005)
- Corlett, J, Palfreyman, J.W., Staines, H.J. y Marr, H. (2003). Factors influencing theoretical knowledge and practical skill acquisition in student nurses: an empirical experiment. *Nurse Education Today*. 23 183-190 En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- De la Cuesta, C. (2002). *Tomarse el amor en serio: Contexto del embarazo en la adolescencia*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- De la Cuesta, C. (2004). *Cuidado artesanal: La invención ante la adversidad*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Dale, A. E. (1994). The theory-theory gap: the challenge for nurse teachers (1994). *Journal of Advanced Nursing*, 3(20) 521-524.

Duque, J. (2001). *El consentimiento informado en la práctica médica*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Comité de ética. Medellín, 103-120.

El CIE (EL Consejo Internacional de Enfermería) y la reglamentación: modelos para el siglo XXI, Madden-Styles, M., Affara, F. A., CIE, Ginebra, 1996. <http://www.icn.ch/psscopesp.htm> Adoptada en 1998 (Sustituye a las anteriores posiciones del CIE: “Autoridad de enfermería”, adoptada en 1975, y “La responsabilidad de la enfermería en la definición de la función de la enfermería”, adoptada en 1985.) Revisada en 2004. Acceso (23-marzo- 2005)

El profesor eficaz. (s.f.) <http://www.edu.aytolacoruna.es/educa> Acceso (26-febrero-2005)

Ekebergh, M., Leppm M. y Dahlberg, K. (2004). Reflective learning with drama in nursing education – a Swedish attempt to overcome the theory praxis gap. *Nurse Education Today*, 8(24) 622-628 En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)

Eklund-Myrskog G (2000) Student nurses' understanding of caring science, *Nurse Education Today* 20, 164-170. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)

Fawcett, J. (2003). Theory and Practice: A Discussion by William K. Cody Jacqueline Fawcett, *Nursing Science Quarterly*, 3(16), 225-231

Fearly, G. (1997). The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *Journal of Advanced Nursing*, 5(25)1061-1069

- Ferrater Mora, J. (2001). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Ferrer, V., Medina, J. L. y Lloret, C. (2003). *La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación*. Barcelona: Laertes
- Feria, D.J., Macías, A. C., Carrasco, M. del C., Arenas, J., Barquero, A., López, L., et al. (2001). *La fundamentación teórica enfermera en la formación básica Enfermería Científica*. 236-237:72-78 en <http://www.enfermeriacientifica.com> Acceso (22 – marzo – 2005)
- Feria, D. J., Macías, A. C., Carrasco, M. del C., Arenas, J., Barquero, A., López, L., Márquez, M. (2001). Análisis situacional de las prácticas clínicas en la Escuela de Enfermería de Soria. *Metas Enfermería*. (44):18-22 en <http://www.enfermeria21.com> Acceso (22 –marzo-2005)
- Field, D.E. (2004). Moving from novice to expert – the value of learning in clinical practice: a literature review. *Nurse Education Today* 24, 560-565. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Frias, M. A., Kobayashi, R. M., Crespo, A. S., Okane, E. S. y Januário, M.M. (2002). Las dificultades en las técnicas básicas por los alumnos de un curso técnico de enfermería *Rev Paul Enf*. 21(2):141-147 <http://www.abensp.hpg.com.br>. Acceso (22-marzo-2005)
- Galeano, M. D. (2004). Enfoques cualitativos y cuantitativos de investigación. Dos maneras de conocer la realidad social. En: *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT

- Gallagher, P. (2004). How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education, *Nurse Education Today* 4(24) 263-268. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: the constant comparative method of qualitative analysis*. New York: Aldine
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mil Valley, CA: Sociological Press
- Gutiérrez, M.I., Latorre, I. (2002). Las prácticas clínicas de enfermería: perspectiva de los estudiantes del primer curso. *Metas de Enfermería* V (49):50-53.
- Juanola, M.D., Blanco R., Cónsul M. y Zapico, F. (1998). Aprendizaje y satisfacción de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas (II). Atención Primaria de Salud. *Enfermería Clínica* 8(6):254-262. En <http://www.doyma.es>. Acceso (22-marzo-2005)
- Kanitsaki, O., Sellick, K. (1989). Clinical nurse teaching: an investigation of student perceptions of clinical nurse teacher behaviours [Abstract]. *Journal of Advanced Nursing* 6(4):18-24.
- Kathleen, I., Bobay, J. (2004). Does experience really matter? *Nursing Science Quarterly*, 17:4
- Kerouac, S, Ducharme, F. y Major, F. (2001). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson.

- Kim, A.T. (1995). Theory from practice for practice: is this a reality? *Journal of Advanced Nursing* 21, 184-190.
- Knight, C., Moule, P. y Desbottes. (2000). The grid that bridges the gap. *Nurse Education Today* 20, 116-122 En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Koh, L.C. (2002), The perceptions of nursing students of practice-based teaching. *Nurse Education Today* 2, 35-43. En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Kyrkjebo, J.M. y Hage, I. (2005). What we know and what they do: nursing student's experiences of improvement knowledge in clinical practice, *Nurse Education Today*. 622-628 Article in press, Available online 17 February 2005 En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso febrero 26 2005
- Landers, M. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing* 6(32), 1550.
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L. y Madsen, J.K. (2002) There is no gap "per se" between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different context and follow their own logic. *Nursing Outlook* 5(50), 204-212.
- Leininger, M. (2003). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morce, J. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia

Ledy, S. y Pepper, J.M. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Nueva York: JB. Lippincott.

Leyshon, S. (2002). Empowering practitioners: an unrealistic expectation of nurse education? *Journal of Advanced Nursing* 4(40) 466-474.

Margarete, C. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing* 32(6) 1550 – 1556.

Maya, M.C. (2003). Identidad Profesional. En: Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. 21 (1) 98-104.

Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes

Medina, J.L. (2002). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería. Albacete* (15), 1-14 En http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/practica_educativa_y Acceso (13-diciembre-2004)

Melia, K. (1983). Students' views of nursing. *Nursing Times*. May 18. 24 -27, 62 - 63.

Melia, K. (1983). Students' views of nursing. *Nursing Times*. June 1. 28 -30.

- Melia, K. (1984). Student nurses' construction of occupational socialisation. *Sociology of Health and Illness*. 6(2) 132-151 En <http://www.blackwell-synergy.com/servlet/> Acceso (22-diciembre-2004)
- Melich, J.C. (2002). *Filosofía de la finitud*. Barcelona: Herder.
- Mowforth, G., Harrison, J, y Morris, M. (2005). An investigation into adult nursing students' experience of the relevance and application of behavioural sciences (biology, psychology and sociology) across two different curricula. *Nurse Education Today* 25, 41-48. En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Oermann, M. (1996). A study of preceptor roles in clinical teaching. [Abstract] *Nursing Connections*. Winter; 9(4):57-64.
- Ousey, K. (2000). Bridging the theory-practice gap? The role of the lecturer/practitioner in supporting pre-registration student gaining clinical experience in an orthopaedic unit. *Journal Orthopedic Nursing* 4 115- 120 En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Pearcey, P.A. y Elliott B.E. (2004). Student impressions of clinical nursing. *Nurse Education Today*, 24 382 – 387 En: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)
- Pérez, C., Alameda, A. y Albeniz, C. (año) La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid.

Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. *Revista Española Salud Pública* 76(5):517-530
<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/>. Acceso (22-marzo-2005)

Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. (2004) *Proyecto Educativo Institucional*

Roldán, A. y Fernández, M.E. (1999). Proceso de atención de enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería* 2(27)3 En <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm> Acceso (20-enero-200)

Sánchez, M. (1992). Estrés de los estudiantes de Enfermería en el período práctico. *Enfermería Científica* 127:43-46 En: <http://www.enfermeriacientifica.com> Acceso (22-marzo-2005)

Sellán, M. del C. y Pineda, C. (2000). El aula de demostración: estrategia educativa de acercamiento a la realidad asistencial. *Metas Enfermería*. III (28):36-42 <http://www.enfermeria21.com>. Acceso (22-marzo-2005)

StarK, S., Cook, P. y Stronach, I. (2000). Mindining the gap: some theory – practice disjunctions nursing education research. *Nurse Education Today* 20, 155 – 163. En <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02606917> Acceso (26-febrero-2005)

Strauss, A. y Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (Eds). *Handbook of Qualitative Research*; Thousand Oaks: Sage

- Straus, A. y Corbin J.N. (2002). Consideraciones básicas. En: *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría Fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Swain, J. y Pufahl, E. R. y Williamson, G. (2003). Do they practice what we teach? A survey of manual handling practice amongst student nurses. [Abstract] *Journal Clinical Nurse* 12(2) 297-306.
- Thoun Northrupn, D., Tschanz, C., Olynyk, V., Schick Makaroff, K., Szabo, J. y Biasio H. (2004). Nursing: Whose discipline is it anyway. *Nursing Science Quaterly*, 1(17) 55-62.
- Tobón, S. (2004). *Formación basada en competencias*. Bogotá: Ecoediciones.
- Tolley, K.A. (1995). Theory from practice for practice: is this a reality? *Journal of Advanced Nursing* 1(21) 184-190.
- Torralba, F. (1988). *Antropología del cuidar*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética.
- Turner, B. (2001). Profesionismo, conocimiento y poder. En: *De la Cuesta (Comp), Salud y Enfermedad: Lecturas básicas de sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia, 187 - 222.
- Upton, D.J (1999). How can we achieve evidence- based practice if we have a theory-gap in nursing today? *Journal of Advanced Nursing* 3(29) 549- 562.
- Van Manen, M. (1994). Pedagogy, virtue, and narrative identity in *teaching*. *Curriculum inquiry*, OISE/John Wiley (Toronto), Summer 1994, 4(2) 135-170.

- Van Manen M. (1999) The practice of the practice. In Lange, M., Oslon, John., Hansen, H. y Bynder, W. (Eds): Changing Schools/Changing Practices: Perspectives on *Educational Reform and teacher Professionalism*. Lovaina : Garant.1-13 En <http://www.phenomenologyonline.com/max/practice.htm>. Acceso (30-noviembre-2004)
- Waterman, H., Webb, C.y Williams, A. (1995). Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 4(22), 779- 784.
- Waterman, H., Webb, C. y Williams, A. (1995). A Parallels and contradictions in the theory and practice of action research and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 22, 769-778.
- Vila, M. y Escayola, A.M. (2001). Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de Enfermería* 40 (4) 25-31.
- Vila, M. y Escayola, A. M. (2001). Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de Enfermería* IV (40):25-31 en <http://www.enfermeria21.com>. Acceso (22-marzo-2005)
- Zupira, X., Alberdi, M.J., Uranga, M.J., Barandiarán, M.T., Sanz, X. (2003). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanitaria* 17(1):37-51. En <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13043421> (22-marzo-2005)
- Zupira, X., Alberdi, M.J., Uranga, M.J., Barandiarán, M.T., Sanz, X. (2003). Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Enfermería Científica* 258-259:59-68 <http://www.enfermeriacientifica.com> (22-marzo-2005)

ANEXO

GUÍA PARA LA ENTREVISTA

1. ¿Cómo fue su llegada al programa de enfermería? ¿Qué lo/a motivó a estudiar enfermería?
2. ¿Cómo vivió esos primeros semestres cuando solamente recibía formación teórica? (o cuando solamente asistía a clases, o algo así).
3. Estas primeras etapas ¿significaron algo respecto a lo que usted creía de la enfermería antes de empezar a estudiar?
4. Ahora sí, hablemos de la práctica; cuénteme de su experiencia en esta etapa de formación. ¿Cómo se vive, o cómo se siente esta experiencia?
5. La experiencia en la práctica ¿produjo cambios en lo que pasaba en usted, en lo que creía, en lo que sentía durante los años de formación teórica?
6. ¿Le produjo cambios respecto a la idea que usted tenía de la enfermería cuando ingresó al programa?
7. ¿Hubo cosas que lo/la marcaron durante este tiempo de práctica? Cosas que dejaron huella importante en usted?, ¿momentos en los que se hizo cuestionamientos significativos para la vida, o se los hizo a alguien?
8. Si usted tuviera la posibilidad de conversar con otro/a estudiante que apenas va a iniciar esta práctica, ¿cómo le describiría esta experiencia? ¿Qué consejos le daría respecto a lo que usted considera más importante de esta experiencia?
9. ¿Quisiera contarnos algo más sobre este tema de la práctica?

Ahora bien, esto es solamente un repertorio de grandes temas que pueden orientar la estructura general de la conversación. Es muy importante tener en cuenta:

- Este es un repertorio que pretende guiar. Algunas preguntas no habrá que formularlas porque puede ser que la persona entrevistada. Hable espontáneamente sobre los temas. Lo importante es que, en cuanto

repertorio, se cercioren de que se están respondiendo las preguntas, aunque ustedes no las formulen.

- La habilidad para hacer preguntas de profundización respecto a un tema que parece importante; por ejemplo: “cuénteme un poco más sobre eso”. (focalizar).
- Hacer preguntas sobre temas que apenas se insinúan y que aunque no estén inscritos formalmente en el tema, puedan aportar pistas sobre la integración de esta práctica con otras prácticas vitales de la persona. (ampliar la mirada a lo no previsto).
- Hacer preguntas de devolución, que permitan validar la interpretación que está haciendo el/la entrevistador/a, por ejemplo: lo que estoy entendiendo ¿es.... es así? (validación).
- Siempre cerrar la entrevista abriendo al/la entrevistado/a la posibilidad de hacer un comentario abierto sobre el tema, así se salga del repertorio.
- Dejar abierta la posibilidad de otros encuentros.